consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXV Reunión

Washington, D.C.
Octubre 1973

Tema 21 del proyecto de programa

CD22/17 (Esp.)
4 septiembre 1973
ORIGINAL: ESPAÑOL

OBJETIVOS Y PRIORIDADES DEL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DE LA III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS

La Resolución XIII aprobada por la XXI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud quedó concebida en los siguientes términos:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo escuchado la exposición del Director de la OSP sobre la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas, que tuvo lugar en Santiago, Chile, del 2 al 9 de octubre de 1972; y

Considerando que las recomendaciones de esa III Reunión de Ministros de Salud de las Américas constituyen una valiosa guía para dirigir y orientar los programas de los países durante la próxima década,

RESUELVE:

1. Incorporar a la política de la Organización las recomendaciones de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Santiago del 2 al 9 de octubre de 1972.

2. Pedir la Director de la OSP que estudie las repercusiones de las recomendaciones formuladas por la III Reunión de Ministros de Salud y las consiguientes modificaciones de los objetivos y prioridades del programa de la Organización, y que informe sobre la cuestión en la XXII Reunión del Consejo Directivo.

3. Recomendar a los países que dentro de su proceso de planificación identifiquen sus problemas de salud prioritarios y fijen objetivos para cada uno de ellos compatibles con sus recursos humanos, físicos y financieros teniendo presente las metas regionales de salud.

4. Solicitar al Director de la OSP que a la brevedad posible convoque a un grupo de trabajo formado de responsables de planificación, información y de economistas en salud para que diseñen un sistema de evaluación que pueda adaptarse a las propias condiciones de los países y que tenga la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitan a su vez hacer una evaluación continental de los logros alcanzados durante la década.

5. Recomendar a la OPS que, en consulta con los expertos de los países, elaboren normas generales para determinar el financiamiento actual de las inversiones en salud y los cambios necesarios para llevar a cabo los planes y programas previstos en el Plan Decenal de Salud de las Américas 1971-1980.

6. Sugerir a las autoridades de salud de los países que inicien estudios de costos de sus servicios de salud y, cuando sea posible, estudios de costo-beneficio, particularmente de aquellas áreas con mayor volumen de inversión.

7. Recomendar a la OPS que prepare los diseños necesarios para permitir que los estudios de costo resulten comparables entre sí.

8. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que asesore a los países que lo soliciten en todos los aspectos relacionados con el financiamiento del sector salud, tales como: análisis financiero del sector, análisis del gasto en salud, programación de inversiones, manejo y financiamiento de proyectos específicos y de los créditos externos, con el fin de que los países en forma progresiva conozcan los recursos monetarios destinados a salud y su relación con los beneficios logrados.

La importancia de las decisiones adoptadas determinó que el Director considerara conveniente informar al honorable Comité Ejecutivo, en su 70a Reunión, sobre las acciones que está desarrollando y promoviendo con respecto a esta empresa. El Comité discutió la información presentada y emitió la Resolución VII, cuyo texto se transcribe:

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo escuchado el informe preliminar del Director (Documento CE70/7) sobre las acciones que se están desarrollando

para llevar a la práctica la Resolución XIII de la XXI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud;

Considerando que corresponde principalmente a los países la responsabilidad de adoptar las medidas necesarias para definir o revisar sus políticas de salud a fin de alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas; y

Teniendo en cuenta que los objetivos y prioridades del programa de la Organización deben también reflejar las metas del Plan Decenal de Salud a fin de que la colaboración que se preste a los gobiernos en la consecución de esos objetivos sea lo más eficaz posible,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe preliminar del Director (Documento CE70/7) sobre las medidas que la Organización está tomando para dar cumplimiento a la Resolución XIII de la XXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

2. Instar a los países a que revisen sus políticas de salud y las ajusten a las metas del Plan Decenal, de acuerdo a la situación nacional de salud, los recursos disponibles y los requerimientos del desarrollo económico y social.

3. Pedir al Director que colabore con los países en (a) la definición de sus políticas y objetivos en el establecimiento de un sistema permanente y una metodología apropiada para evaluar los resultados, y (b) la realización de estudios requeridos para el Plan Decenal sobre ingresos, costos y sistemas de financiamiento de los servicios de salud.

4. Solicitar al Director que informe al Consejo Directivo en su XXII Reunión sobre el progreso alcanzado en este importante asunto.

Con respecto a la Resolución XIII de la XXI Reunión del honorable Consejo Directivo, es oportuno señalar que la misma incorpora a la política de la Organización las recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Al hacerlo, el Consejo Directivo estableció el marco de referencia hasta 1980, o sea, la guía de todas las actividades de la OPS/OMS en la Región. Este planteamiento significa, de acuerdo con nuestra interpretación, que le corresponde a los gobiernos determinar, con base a su política, planes y programas de salud, lo que esperan de la colaboración internacional. Esta resulta así complementaria del esfuerzo nacional y está orientada por éste en aquellos aspectos en que su contribución permite alcanzar las metas trazadas por cada país.

Con este propósito parece adecuado hacer referencia al Programa General de Trabajo de la OPS para 1973-77, aprobado por la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Es grato señalar que su formulación, la nomenclatura en uso y las noramas que contiene coinciden, en términos de la Región, con los fundamentos del Plan Decenal para el período 1971-80.

Por otra parte, los Documentos Básicos que se sometieron a la consideración de los gobiernos para la preparación de dicho Plan fueron redactados tomando en cuenta la evaluación de lo realizado en la década anterior, la información contenida en las Proyecciones Cuadrienales de 22 países y en los antecedentes que entregaron a los Gobiernos que aún no aplican este sistema.

En lo que respecta al punto 2 de la Resolución XIII, es evidente que una vez que los países hayan redefinido sus políticas de salud y por lo tanto determinado sus prioridades y metas para el decenio y revisen sus necesidades en materia de asistencia internacional, particularmente en cuanto a la colaboración de la OPS, el secretariado estará en condiciones de estudiar el posible impacto del Plan Decenal de Salud para las Américas en cuanto a la orientación del programa de la OPS/OMS, así como el monto y distribución de su presupuesto.

Un primer análisis de la estructura y evolución de la inversión OPS/OMS para los años 1964 y 1973,[1] en función de las prioridades consignadas en el Plan Decenal de Salud para las Américas, pone en evidencia que no es de esperar que las recomendaciones formuladas por la III Reunión de Ministros de Salud modifiquen sustantivamente los objetivos y prioridades del programa de la Organización, aunque sí podrían determinar cambios en cuanto a precisión e intensidad en algunas áreas programáticas. Este examen destaca los siguientes hechos:

- La inversión corespondiente a la colaboración de la OPS/OMS en los programas de servicios aumenta en la misma proporción que la inversión total de la OPS para el período del análisis. En los programas para el desarrollo de la infraestructura, se observa un incremento superior al crecimiento de la inversión total, en tanto que la correspondiente a gastos de dirección y administración, así como para programas considerados como no prioritarios por el Plan Decenal, crece a un ritmo menor.

  Lo anterior se refleja en la estructura de la inversión: el área de servicios permanece prácticamente estable, representando en 1964 un 54% de la inversión total y un 55% en 1973. El área de la infraestructura que en 1964 constituye el 26%, aumenta al 31% en 1973. Es notable la disminución de la participación del área de dirección y administración general de la OPS que en 1964 alcanza el 19%, y que sólo representa el 15% de la inversión total en 1973.

---

[1] En 1963 se realizó la I Reunión de Ministros que define el Plan de Salud para la década de los 60 y en 1973 la III Reunión Especial de Ministros produce el Plan Decenal de Salud para las Américas para la década de los 70.

- En los servicios a las personas, el crecimiento más notable radica en el área maternoinfantil y bienestar familiar, considerada como una prioridad fundamental en el Plan Decenal. La inversión en 1973 es 14 veces mayor que la registrada en 1964 y su participación en 1964, que es del orden del 2%, llega en 1973 al 8% de la inversión total de ese año. Nutrición representa en 1973 tres veces la inversión de 1964, llegando a constituir el 9% de la inversión total en 1973. También crece sustantivamente la participación de los programas de salud dental y mental.

- Los programas de colaboración en enfermedades transmisibles no acompañan el crecimiento de la inversión total de la OPS, debido principalmente al fuerte descenso de la misma en malaria, programa en fase de consolidación. Influye también en los últimos años el progreso alcanzado en la erradicación de la viruela. No obstante, los programas de enfermedades transmisibles constituyen el 9% de la inversión OPS en 1973.

  Este análisis evidencia que los programas de enfermedades transmisibles, nutrición y salud maternoinfantil son los componentes prioritarios de la inversión OPS en el área de servicios a las personas.

- Los proyectos de saneamiento del medio en conjunto incrementan su participación de un 19% en 1964 a un 22% en 1973. Los programas de salud animal y salud pública veterinaria, destinados principalmente a aumentar la disponibilidad de proteínas de alto valor biológico, llevan su participación del 7% en 1964 al 10% en 1973. Los proyectos de control de drogas y medicamentos aumentan nueve veces con respecto a 1964. Se incorporan además nuevas áreas de asistencia en cuanto a desarrollos regionales, control de plaguicidas y prevención de accidentes.

- En cuanto a los servicios complementarios se destaca el crecimiento de enfermería, que en 1973 aumenta cinco veces con respecto a 1964, y la incorporación de programas de vigilancia epidemiológica a la inversión OPS en 1973.

- La partición del área de infraestructura varía del 26% en 1964 a 31% en 1973. Se hace patente el crecimiento de los programas destinados a aumentar la capacidad operativa de los sistemas nacionales de salud, que crecen ocho veces con respecto a 1964, y la incorporación de nuevas áreas de asistencia en cuanto al desarrollo de recursos financieros y físicos, particularmente producción de biológicos y mantenimiento de equipos.

De este análisis se puede concluir que la inversión OPS propuesta para 1973 está siguiendo ya el énfasis del Plan Decenal, y que el reforzamiento de las actividades en infraestuctura se hace en base a la reducción de los gastos en administración y en la disminución de programas no prioritarios.

En el punto 3 de la Resolución XIII, el Consejo Directivo recomendó a los gobiernos de los países hacer una revisión del orden de prioridades de los problemas nacionales de salud e introducir a sus respectivos programas las adaptaciones convenientes para hacerlos coincidir, de acuerdo con sus recursos, con los propósitos hemosféricos del Plan Decenal de Salud. Esto significa la ratificación de las políticas nacionales en vigencia o su reformulación y ajuste, lo cual se traducirá en una consolidación o redefinición de programas con objetivos viables y estrategias factibles en planes nacionales de salud, que juntos contribuirán al desarrollo exitoso del Plan Decenal de Salud para las Américas. Varios son los países que han tomado ya providencias para ello.

El Gobierno del Brasil ha analizado las áreas problema comunes a todo el país y su diversificación en las diferentes áreas geopolíticas que lo componen. Se han establecido metas y estrategias específicas, así como los requerimientos legales que en un país federalizado son necesarios para hacer efectiva su aplicación. Las autoridades de salud han formulado un documento que en breve será presentado al Poder Ejecutivo nacional para su aprobación y efectos.

En Panamá, República Dominicana, Honduras, El Salvador, Ecuador, Guyana, Trinidad y Tabago, Jamaica, y otros países del Caribe, se han organizado grupos técnicos bajo la guía de las autoridades de salud para analizar el plan hemisférico y formular recomendaciones para el ajuste y definición de metas nacionales.

En México, coincidentemente con estas iniciativas, el Ejecutivo convocó una Convención Nacional de Salud en la que participan instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud: las universidades, los gremios sindicales y autoridades y líderes de la comunidad. Su propósito es el de revisar su política nacional de salud y diseñar un plan nacional basado en planes de salud estatales y municipales. La contribución de los subsectores públicos y privados de los sectores de salud y otros económicos y sociales afines en una empresa de esta magnitud constituye una experiencia única y a la vez práctica en la que, desde su etapa de planificación, se está comprometiendo la colaboración de las varias instituciones y autoridades responsables e interesadas en el sector salud. Esto ha asentado sólidas bases para una coordinación armónica, la mejor utilización de los recursos disponibles y la exploración y desarrollo de nuevos recursos.

Iniciativas semejantes se esperan en los demás países, con lo que en breve el Plan Decenal de Salud, apoyado por planes nacionales, estará efectivamente en marcha.

De acuerdo con lo dispuesto por los Cuerpos Directivos, la OPS está proporcionando la colaboración técnica que los países requieren en este campo. Para este fin se preparó una guía simplificada cuyo propósito es

el de facilitar el análisis de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, hacer las adaptaciones necesarias en las políticas nacionales, estimar la contribución que cada país hará para el cumplimiento del plan hemisférico y establecer las bases de un sistema uniforme que permita la comparación y la evaluación, tanto de las restricciones como de las realizaciones.

Para dar cumplimiento al punto 4 de la Resolución XIII, el Director convocó a un Grupo de Trabajo sobre Evaluación que se reunió en Washington entre el 4 y el 8 de junio de 1973. Formaron parte del Grupo ocho especialistas en planificación, economía, información y evaluación de distintos países de la Región.

El Grupo examinó en primer término los propósitos y características de la evaluación del Plan Decenal, recomendando que el sistema se enfoque en la estimación de los esfuerzos y de los cambios obtenidos en cada país. La evaluación del plan continental se realizará como una consolidación de los resultados de la evaluación de los países. Se destacó la conveniencia de iniciar el proceso utilizando la información ya disponible y promoviendo al mismo tiempo el desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas que la producen. Se dará debida atención al análisis de las estrategias nacionales diseñadas para el cumplimiento de las metas. También se recomendó la utilización de la evaluación como realimentadora de los procesos de decisión de políticas de planificación, presupuesto y control de la ejecución.

En cuanto a las recomendaciones para la elaboración del método de evaluación, el Grupo definió los lineamientos generales, encargando a la OSP la elaboración del método y de los procedimientos, que deben ser simples y permitir su fácil e inmediata aplicación por los países. Debe ser un proceso continuo que permita comparar anualmente las actividades programadas con las realizadas para el logro de aquellas metas que el país adoptó dentro del espíritu del Plan Decenal. Para ello se sugiere el uso del esquema de análisis aceptado por el Grupo. La explicación de las discrepancias entre lo programado y lo ejecutado permitirá introducir los ajustes necesarios a los programas, a los objetivos y a las estrategias.

Se estima conveniente que los países definan en cada área problema aquellos programas críticos prioritarios, en el logro de cuyos objetivos concentrarían sus esfuerzos y definirían con más precisión sus sistemas de información y de evaluación.

Al nivel continental, la evaluación tendría tres momentos. El primero, en 1974, que trataría de determinar cuántos países fijaron su línea de base, o sea la situación en 1971; cuántos adoptaron metas en los campos que el Plan Decenal contempla y las incorporaron en sus políticas, y cuántos formularon las estrategias respectivas. El método utilizado para tal propósito sería el de una simple exposición descriptiva de la manera como

los países tomaron el Plan Decenal y sus metas como referencia para configurar sus propios programas. Se analizaría la distancia entre las metas continentales y las fijadas por cada país, así como la distancia entre estas últimas y la situación inicial para estimar el esfuerzo que se propone realizar el país en cada área.

El segundo momento, en 1977, consistiría en la comparación entre las metas intermedias fijadas por los países para ese año con los logros obtenidos.

Para el momento final, en 1981, el método consistiría en la comparación de las metas fijadas por los países y sus logros. La explicación de las discrepancias sería la resultante del análisis efectuado por cada país y estaría encaminada a brindar las bases para la eventual formulación de un nuevo plan decenal, con la experiencia lograda por el estudio de la manera como operaron las estrategias nacionales en el decenio.

El Grupo recomendó particularmente el uso del sistema de las Proyecciones Cuadrienales de las actividades conjuntas del país/OSP como elemento importante para la evaluación.

En lo referente a la organización del sistema de evaluación, el Grupo recomendó que esta actividad se realice en cada país con la orientación y coordinación de las unidades de planificación y evaluación ya existentes. Estos sistemas nacionales estarían coordinados con el sistema continental de cuya organización se hallaría a cargo la OPS. El sistema continental centralizaría la información de los países, brindaría su colaboración y asesoría para la implantación y operación de los sistemas nacionales, prepararía manuales de instrucciones, glosarios de términos, modelos de cálculo, etc., y divulgaría los resultados obtenidos.

Se dió particular énfasis a la capacitación de personal, recomendándose la organización de cursos de corta duración de tipo netamente operativo, así como la investigación de aspectos importantes del proceso de evaluación y su divulgación a través de seminarios y cursos de mayor profundidad.

El Grupo de Trabajo sistematizó estas recomendaciones en un informe al Director de la OSP, documento que ha sido puesto a disposición de los gobiernos para su consideración. Basado en este informe, y en cumplimiento de la Resolución XIII ya mencionada, el Director está programando un sistema de evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, que será ajustado en el próximo mes de diciembre en función de los resultados de los esfuerzos que están desarrollando los gobiernos en cuanto a la adaptación de las metas de dicho plan hemisférico a sus políticas nacionales de salud. Se espera que este esquema facilite la organización y las necesarias elaboraciones de la primera evaluación de ese plan, que se prevé tendrá efecto en el primer trimestre de 1974.

Para llevar a la práctica lo dispuesto en los puntos 5, 6 y 7 de la Resolución XIII sobre las inversiones en salud, costos y sistemas de financiamiento sectoriales, el Director ha convocado a un grupo de trabajo, compuesto por economistas con experiencia en el sector salud y en el área de la seguridad social y por especialistas en cuentas nacionales, con amplio conocimiento de las diversas características que presentan esos sistemas en los países de la Región. Ese grupo se reunirá en la sede de la Organización durante la primera semana del próximo mes de diciembre. Para facilitar su labor ha preparado un esquema basado en los siguientes conceptos:

Los estudios sobre ingresos deben identificar el origen de los mismos y su tendencia histórica, en tanto que los análisis del gasto deben comprender la magnitud del mismo, su estructura y tendencia, de acuerdo a las áreas de aplicación. Tanto para los propósitos nacionales como regionales, estos estudios deberán abarcar la mayor cobertura posible, a fin de obtener conclusiones válidas.

En lo referente a sistemas de financiamiento, se propone el estudio de los procesos de captación, asignación, distribución y utilización de recursos; de los métodos y procedimientos respectivos; de las disposiciones legales o requerimientos que los establecen y continúan, y de las estructuras formales e informales en las que operan.

Los estudios de costos deberán enfocarse como análisis de funciones de producción. En una primera etapa convendrá seleccionar tipos de producción de servicios o bienes para un reducido número de países, y con base en la experiencia obtenida diseñar en una segunda etapa esquemas de investigación sobre este tema que puedan aplicarse a países similares. Por solicitud de las autoridades de Colombia se ha iniciado ya un estudio de costos en el área de laboratorios de producción de biológicos, con el enfoque mencionado. A medida que los países decidan llevar adelante estudios en los campos anteriormente citados con la colaboración de la OPS, se darán los pasos necesarios a fin de asegurar el apoyo necesario por parte de la OPS/OMS.

consejo directivo

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXII Reunión

comité regional

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

XXV Reunión

Washington, D. C.
Octubre 1973

Tema 21 del proyecto de programa

CD22/17 (Esp.)
ADDENDUM I
5 octubre 1973
ORIGINAL: ESPAÑOL

OBJETIVOS Y PRIORIDADES DEL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION DE ACUERDO CON LAS RECOMENDACIONES DE LA III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EVALUACION DEL
PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

Washington, D.C., 4-8 junio 1973

INFORME AL DIRECTOR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

GRUPO DE TRABAJO SOBRE EVALUACION DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

WASHINGTON, D.C., 4-8 JUNIO 1973

INFORME AL DIRECTOR

INDICE

Página

1. PARTICIPANTES iii

2. INTRODUCCION 1

3. INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO 3

3.1. Marco General de la Evaluación del Plan Decenal .. 3

3.2. Recomendacionaes para la Elaboración de un Método de Evaluación 6

3.2.1. Características del Método de Análisis a Nivel Continental 8

3.2.2. Características del Método de Análisis a Nivel País 16

3.3. Organización del Sistema de Evaluación 18

3.3.1. Con Respecto al Nivel País 18

3.3.2. Con Respecto al Nivel Continental 19

ANEXO GUIA PARA EL ANALISIS E INCORPORACION DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS EN LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD Y AJUSTE DE LAS PROYECCIONES CUADRIENALES PAIS-OPS

1. PARTICIPANTES

Argentina

Dr. Antonio González
Jefe, Unidad de Planificación
Sectorial CONADE de Argentina

Brasil

Dr. Roberto Carvalho Cardozo
Asesor, Secretaría de Salud de Brasil

Canadá

Mr. H. L. Laframboise
Director-General
Health Planning Branch
Department of National Health and
Welfare de Canadá

Colombia

Dr. Himbad Gartner (Relator)
Jefe, Unidad de Planificación
Ministerio de Salud Pública de Colombia

Ecuador

Dr. Oswaldo Egas
Jefe, Oficina de Planificación
Ministerio de Salud Pública de Ecuador

El Salvador

Dr. Roberto de J. Badía
Director, Planificación
de los Servicios de Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social de El Salvador

Estados Unidos de Norte América

Mr. M. Allen Pond (Moderador)
Associate Dean
Graduate School of Public Health
University of Pittsburgh

México

Dr. Carlos García Alvarez
Jefe, Departamento de Planificación
y Evaluación
Secretaría de Salubridad
y Asistencia de México

Secretaría OPS

Dr. José Luis García Gutiérrez
Jefe, Departamento de
Servicios Técnicos Especiales

Dr. Juan José Barrenechea
Jefe, Unidad de Planificación y Evaluación

Dr. Raúl Vargas
Jefe, División de Investigaciones del
Centro Panamericano de Planificación de la Salud

2. INTRODUCCION

El Plan Decenal de Salud Pública de la Carta de Punta del Este, a más de servir para la formulación de programas y proyectos nacionales, tuvo éxito como instrumento para lograr un consenso entre los países de la Región acerca del papel que cumplen la salud y el sector salud en el proceso de desarrollo económico y social, para concertar acciones comunes y para demostrar que cuando tales condiciones de consenso y de concierto de acciones se obtienen, el beneficio que se consigue en los países es mucho mayor y se puede percibir a través de netas ganancias en las condiciones de salud de la población.

El análisis de dicho Plan Decenal fue objeto de las dos primeras reuniones especiales de ministros de salud del Continente, y su evaluación fue llevada a cabo en tres oportunidades utilizando el simple procedimiento de comparar las metas propuestas con los logros, según información proporcionada por los mismos países.

La Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972, culminó sus deliberaciones con la proposición de un segundo Plan Decenal de Salud para las Américas, cuya elaboración tuvo como marco de referencia el papel que le corresponde al sector salud en las acciones comprendidas dentro de las proposiciones del Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Este segundo Plan Decenal, conjuntamente con otras recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros, fue incorporado a la política de la Organización por resolución de su Consejo Directivo.

Cuando se examina el contenido del Plan Decenal en conocimiento del proceso que condujo a su formulación, puede notarse la evolución y el progreso logrado en la estructuración de los conceptos que guían en la actualidad el desarrollo y la conducción de la salud en los países del Continente. Se puede ver así, que el plan establece claramente la necesidad de concebir al sector salud en su dinámica total, tanto interna como externa, con criterios de globalidad que sin embargo no descuidan la consideración especial de los subsistemas que operan dentro de él. Asimismo muestra una clara preocupación tanto por los objetivos en salud como por los instrumentos que se han de utilizar para alcanzarlos en un punto de equilibrio entre eficiencia y justicia social. Apoyándose en el mayor conocimiento, información y experiencia con que cuentan los países, tanto acerca de sus problemas como de las vías de solución de ellos -fruto de la dinámica de desarrollo del último decenio- el Plan tiene una definida orientación hacia una mayor precisión en sus objetivos y en las estrategias que se proponen para alcanzarlos.

El Plan Decenal elaborado por los ministros y sus cuerpos técnicos constituye una guía para la orientación de los programas y actividades, tanto de los mismos países que lo concibieron, como de la Organización. Se proponen en él objetivos y estrategias generales que tienen que ver prácticamente con todos los aspectos relevantes de los sistemas de salud de los países y con los problemas de salud de la población, enmarcados dentro de una política nacional de salud congruente con el desarrollo económico y social. La definición de dicha política es -de hecho- un requisito para la formulación y cumplimiento de los planes nacionales, así como también lo son la ponderación por cada país de sus posibilidades de acción y la selección de prioridades para el cumplimiento de las metas que se establecen.

La densa actividad desplegada por los países para la formulación del Plan Decenal de las Américas está siendo continuada con la formulación de las políticas nacionales, la fijación de sus metas, la selección de prioridades y el diseño de las estrategias. Los pasos siguientes son desde luego, la implementación y la evaluación.

En relación con este último aspecto -la evaluación- el Consejo Directivo de la Organización en su XXI Reunión adoptó la Resolución XIII, que dice en su parte pertinente:

> "Solicitar al Director de la OSP que a la brevedad posible convoque a un grupo de trabajo formado de responsables de planificación, información y de economistas en salud para que diseñen un sistema de evaluación que pueda adaptarse a las propias condiciones de los países y que tenga la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitan a su vez hacer una evaluación continental de los logros alcanzados durante la década".

Para cumplir con este mandato el Director convocó a ocho especialistas en planificación, información y economía de la salud provenientes de diversos países del Continente, que se reunieron en la sede de la Organización en Washington del 4 al 8 de junio de 1973 para discutir y formular sus recomendaciones respecto del método a utilizar y de los sistemas a ser establecidos por los países y por la Organización.

La Organización realizó algunos trabajos preliminares para esta Reunión que fueron tomados como documentos de referencia. La "Guía de Discusión", presentada como sugerencia al grupo fue aceptada por éste e introducida con las modificaciones del caso como parte del informe final. Estuvo a disposición del Grupo la "Guía para el Análisis e Incorporación de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas en las Políticas Nacionales de Salud y Ajuste de las Proyecciones Cuadrienales País-OPS" (Anexo I), documento que está siendo utilizado por los

países. También se presentó para consideración de los miembros del Grupo un trabajo preliminar realizado por la Organización de "Clasificación y Análisis de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas" (Anexo II) y "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión" (Anexo III). Se tuvo como documentos adicionales el "Documento Básico de Referencia de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas" y el "Plan Decenal de Salud para las Américas" aprobado por dicha Reunión de Ministros.

El Grupo inició sus deliberaciones luego de las palabras de bienvenida del Director de la OPS quien se dirigió a ellos haciendo resaltar la importancia que se atribuye a la evaluación del Plan Decenal y la necesidad de contar con un método simple, de fácil aplicación en los países, como con un sistema que pudiera operar con eficacia, aprovechando las facilidades existentes, tanto en los países como en la Organización.

El Sr. Allen Pond fue designado Moderador y el Dr. Himbad Gartner Relator del Grupo. Las sesiones se desarrollaron, con algunas modificaciones aconsejadas por las circunstancias, entre las 9:00 y las 12:30 por las mañanas y entre las 2:00 y las 5:00 por las tardes. Las discusiones se encauzaron a lo largo de tres temas sugeridos y según la agenda propuesta por la Secretaría de la Organización que fueron aceptados por el Grupo de Trabajo. El Tema I, "Propósitos y Características de la Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas" fue discutido durante tres horas del primer día de la reunión. Al Tema II, "Recomendaciones para la Elaboración de un Método de Evaluación" se le acordó un tiempo mayor y fue discutido durante la última parte del primer día y el segundo y tercer día. En vista de la extensión de este tema, se designó a un subgrupo que se encargó de formular una propuesta de acuerdo a ser tomada por el grupo y así como también un comité de redacción que laboró fuera de las horas de la Reunión. El Tema III, "Recomendaciones para la Organización y Operación del Sistema de Evaluación" fue discutido durante seis horas y también se designó para su redacción a un subgrupo especial.

El borrador del informe final fue preparado por un comité de redacción que se reunió en la tarde y noche del penúltimo día, y discutido y aprobado con ligeras modificaciones en la mañana del último día, en que fue clausurada la reunión luego de un resumen verbal dado por el moderador al Director de la OPS, y de las palabras de agradecimiento y de clausura de esta Reunión por parte del Director.

3. INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO

3.1. MARCO GENERAL DE LA EVALUACION DEL PLAN DECENAL

Los miembros del Grupo de Trabajo hicieron una serie de consideraciones acerca del estado en que se encuentran los procesos de toma

de decisiones y de planificación en los países, así como la práctica de la evaluación y el papel que en ella juegan los sistemas de información. Ello permitió identificar algunos factores que deben ser tomados en cuenta para la organización de los sistemas de evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, los que se reseñan a continuación.

- El Plan Decenal señala como condición indispensable para su ejecución, la definición o ajuste en cada país, de políticas que incorporen las metas en cada una de las áreas pertinentes del Plan, que contemplen la determinación de áreas prioritarias y que enuncien las estrategias para alcanzar las metas propuestas. La evaluación del cumplimiento de éstas a nivel nacional exigirá el uso de indicadores basados en información que reuna las características de simplicidad y homogeneidad. En la mayor parte de las áreas, el Plan propone los indicadores con los cuales podría evaluarse su ejecución. En otras, en cambio será necesario fijar criterios para establecer parámetros de comparación, bien en términos cualitativos o cuantitativos, sobre todo en lo que respecta al desarrollo de los procesos de administración, planificación e información de los sectores nacionales de salud.

- A pesar de las deficiencias de los sistemas de información del Sector Salud de los países, es posible que, en principio, éstos puedan brindar información suficiente para evaluar el cumplimiento de las metas y estrategias nacionales y continentales en los términos en que se encuentran expresadas en el Plan Decenal. A partir de esta situación es factible y aconsejable propiciar el mayor desarrollo de estos sistemas de tal suerte que permitan procesos de evaluación y control más perfeccionados que orienten en mejor forma la definición y reajuste de políticas y los procesos de decisión a todos los niveles.

- Al establecer la agenda para evaluar el Plan, deberá considerarse la disponibilidad actual de información en los países, así como la que pueda conseguirse en el futuro con el desarrollo de los sistemas nacionales de información. En todos los casos debe tenderse a la mejor utilización de la información existente acerca de mortalidad, morbilidad hospitalaria, recursos (disponibilidad, formación y utilización), producción y productividad, así como la referente a la organización de los servicios de salud, con el objeto de mejorar los sistemas de toma de decisiones, programación y control.

- La evaluación debe contemplar la misma categorización de áreas en la que el Plan Decenal de Salud para las Américas está dividido.

A la luz de estas y otras consideraciones, el Grupo estuvo de acuerdo en adoptar las siguientes recomendaciones sobre los propósitos y características de la evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas:

- El sistema de evaluación debe centrarse fundamentalmente en la estimación de los esfuerzos y de los cambios obtenidos en cada país, en todo lo referente a los recursos, el proceso y la producción del sistema de salud, así como en sus efectos en el logro de mejores niveles de salud y de una actitud positiva de los participantes del proceso. La información obtenida como resultado de la evaluación debe servir para retroalimentar el sistema y brindar bases para introducir los reajustes necesarios a la planificación y a la formulación de estrategias para el cumplimiento de las metas y proposiciones del Plan Decenal a nivel continental.

- Las metas y proposiciones del Plan Decenal de Salud para las Américas deberían ser consideradas como marco de referencia y orientación para las metas y propósitos que adopte cada Gobierno dentro de su plan de salud. Es conveniente analizar la consistencia e interrelación entre las metas nacionales y las continentales. Para facilitar tal análisis se requeriría estudiar y clasificar las metas y proposiciones, teniendo presente que algunas de ellas serán susceptibles de ser medidas y evaluadas sólamente si se dispone previamente de ciertos criterios operacionales.

- El cumplimiento del Plan Decenal de Salud para las Américas deberá ser evaluado en función del número de países y proporción de la población de las Américas que éstos implican, que hayan alcanzado o superado las metas y desarrollado las proposiciones que integran dicho Plan.

- La estructura y concepción del Plan Decenal de Salud para las Américas determina la necesidad de incluir en su evaluación, además del grado de cumplimiento de las metas y proposiciones, el análisis de las estrategias nacionales formuladas para alcanzarlas. Por lo tanto, el diseño del sistema de evaluación del Plan Decenal debe estar orientado a facilitar la evaluación por cada país del cumplimiento de sus respectivas metas, programas y estrategias, asegurando la comparabilidad necesaria para la evaluación continental de los logros alcanzados durante el período 1971-1980. Además, la evaluación final del Plan deberá permitir la elaboración de recomendaciones sobre áreas prioritarias continentales y líneas estratégicas para lograr la modificación de la situación en estas áreas en el transcurso de la década siguiente.

- A nivel de país el sistema de evaluación debe servir también a los fines de mejorar los sistemas de información para alimentar el proceso de decisión de políticas, de planificación, de programación y de presupuestación, así como para el control de la ejecución.

- Se considera recomendable que los países definan en cada área problema, aquellos programas críticos que consideren prioritarios y que

concentren en ellos los recursos disponibles para lograr los objetivos de éstos y los esfuerzos necesarios para mejorar su administración, programación y sistema de información para su evaluación y control.

3.2. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACION DE UN METODO DE EVALUACION

El método de evaluación está condicionado por los propósitos mismos de la evaluación, ya enunciados, por la estructura y la forma de expresión de las metas del Plan Decenal, el cual no se puede evaluar en términos diferentes de aquellos en que está expresado, por la forma en que los países incorporen las metas del Plan Decenal a sus políticas y planes, por el tiempo disponible para la evaluación inicial y las subsecuentes y por la información disponible en los países para cada una de las áreas del Plan.

Para los fines de evaluación se sugiere a la OPS estimule a los países para que definan su política de salud e incorporen en ella las metas y proposiciones del Plan Decenal antes de la primera actividad de evaluación, que se recomienda se efectúe en 1974.

La evaluación propuesta para 1974 debe marcar el punto inicial del proceso, dando a conocer la situación de los países y del Continente en el año 1971, con respecto a las metas del Plan Decenal, y además verificar la incorporación de esas metas y propósitos en sus políticas y planes de salud, consignando la estrategia nacional adoptada para el logro de las metas.

La manera como los países incorporen las metas del Plan Decenal, y sus políticas determinará el ajuste del sistema de evaluación a nivel continental; por lo tanto se recomienda:

- Que los países procedan a tal incorporación antes de la fecha prevista para la primera evaluación a nivel continental.

- Debe considerarse a la evaluación como un proceso que se efectúa tanto en forma continuada dentro de cada país como en períodos definidos a nivel continental, con el objeto de comparar la situación observada con la programada, explicar las diferencias encontradas y utilizar los datos hallados para reformulación y ajuste de los planes.

En tal virtud se recomienda que a nivel de los países, se tienda a lograr evaluaciones anuales que coincidan con el ciclo presupuestal, que permitan efectuar correcciones oportunas en la ejecución de los planes, retroalimentar y perfeccionar el proceso de la programación y evaluar el impacto logrado en las comunidades en cuanto al nivel y estructura de la salud.

- Tanto para ejercitar y aplicar el método de evaluación que se propone, como para obtener la información necesaria para la evaluación inicial, se considera de utilidad aprovechar el Sistema de Proyecciones Cuadrienales de los países-OPS. Estima conveniente, además, que al incorporar las metas y proposiciones del Plan Decenal los países reajusten sus Proyecciones Cuadrienales, o las elaboren si no lo hubieran hecho.

- Con el objeto de unificar la comprensión del método de evaluación que se propone, se sugiere a la OPS que elabore un glosario de definiciones operativas de los términos utilizados.

- Para los efectos de lograr canales de información homogéneos y bien definidos a nivel continental, se recomienda que se dirija la atención de los países a obtener información en los siguientes aspectos:

  - Población expuesta al riesgo de enfermar y morir, prestando particular atención a los riesgos evitables.

  - Cobertura de Servicios.

  - Areas Programáticas:
    - Servicios a las personas.
    - Programas de saneamiento del medio.

  - Servicios Complementarios.

  - Desarrollo de la Infraestructura.

  - Organización Sectorial y Administración.
    - Organización.
    - Planificación.
    - Información.
    - Investigación.

  - Recursos:
    - Humanos.
    - Físicos.
    - Financieros.
    - Tecnológicos.

  - Aspectos Legales.

Estas áreas debieran ser analizadas en función de las restricciones intra y extrasectoriales.

3.2.1. Características del Método de Análisis a Nivel Continental (*)

Se dan a continuación algunos lineamientos generales a modo de recomendación a ser tomados en cuenta para el diseño definitivo y detallado de un método de evaluación.

- El análisis continental se deberá centrar en los logros alcanzados por cada país usando como marco de referencia las metas planteadas en el Plan Decenal de Salud para las Américas.

- Como se trata de analizar el esfuerzo de cada país para obtener el cambio nacional deseado que servirá de base para analizar la situación continental lograda en función del Plan Decenal, la evaluación debe incluir el análisis de las estrategias nacionales, para permitir conclusiones y recomendaciones operacionalmente válidas.

- El análisis deberá basarse en información que está ya disponible y que es común a todos -o por lo menos a la gran mayoría- de los países, procurando que las investigaciones especiales para obtener información queden restringidas a lo absolutamente imprescindible, tanto por la brevedad y rigidez de los plazos de evaluación, como por la necesidad de reducir los costos operativos.

- La escasez de los recursos y las limitaciones tecnológicas y de tiempo obligan a seleccionar y recomendar procedimientos de análisis simples y de fácil elaboración, factibles en todos los países. Además se recomienda a los países y a la OPS aplicar nuevos métodos que faciliten obtener la información básica indispensable para alimentar el proceso de decisión, programación, evaluación y control.

3.2.1.1. Momentos y Contenido de la Evaluación a Nivel Continental.

- Evaluación Inicial (Año 1974)(**)

El propósito fundamental de la evaluación en este momento es el de analizar la brecha entre la situación en los países en 1971 (año

---

(*) Deberá procurarse que los esquemas nacionales sigan la pauta general adoptada para el nivel continental con el objeto de permitir los análisis a ese nivel, sin perjuicio de que cada país diseñe el esquema de análisis adecuado a sus propias necesidades.

(**) La evaluación de la situación de 1971 se hará en el año 1974 dado que para entonces se supone que todos los países contarán con los elementos necesarios para ella.

que se considera inicial para el período que contempla el Plan Decenal de Salud para las Américas) y la situación que se proponen alcanzar en 1980.

Esta evaluación debe contemplar no sólo el nivel y estructura de salud y la organización, recursos y funcionamiento del sistema sectorial nacional que se observa en 1971, y las metas de cambio adoptadas por cada país en esos aspectos para 1980, sino también la forma en que los países incorporaron las metas y proposiciones del Plan Decenal de Salud para las Américas a sus propias políticas de salud. El análisis de este último aspecto es de vital importancia, puesto que permitirá el ajuste del sistema, del método de evaluación continental a las restricciones iniciales de la evaluación, determinadas por las formas y contenidos de las políticas de salud de los países de las Américas.

Consecuentemente los elementos de este momento de evaluación deberán comprender:

- Número y proporción de países que analizaron e incorporaron las metas y proposiciones del Plan Decenal continental y las formalizaron en sus políticas nacionales de salud.

- Número y proporción de países que hicieron explícitas sus estrategias nacionales sectoriales para alcanzar las metas y propósitos propuestos.

- Número y proporción de países que fijaron metas intermedias para el período 1971-1977.

- Número y proporción de países (y poblaciones que involucran) que fijaron metas inferiores, similares o mayores a las consignadas en el Plan Decenal:

  - Identificación de las metas y proposiciones;

  - Cuantificación y ordenación de éstas con respecto a las del Plan Decenal;

  - Análisis y tipificación de las discrepancias.

- Análisis de las distancias entre la situación inicial (1971) y la meta u objetivo nacional propuesto para 1980. Este análisis deberá hacerse por meta u objetivo y por país (especificando la proporción de la población total de las Américas que involucra).

- Análisis por país de la consistencia entre cada meta y objetivo fijado y de la estrategia específica para lograrla.

- Resumen de la situación de los sectores salud en las Américas en 1971. Número y proporción de la población afectada por metas y por país.

- Resumen de la situación económico social de los países de las Américas en 1971.

- Evaluación en un momento intermedio (Año 1977)

El propósito de la evaluación en este momento intermedio es el de:

Proporcionar alguna indicación del ritmo con que se pretende lograr las metas fijadas y la secuencia e intensidad de las estrategias diseñadas para alcanzar las metas.

Los elementos principales de este momento de evaluación están constituidos por el análisis del logro de las metas fijadas para 1977 (en los países que las fijaron) y del comportamiento de las estrategias diseñadas para el período 1971-1977.

- Evaluación final (Año 1981)

El propósito fundamental de la evaluación en este momento es el de analizar el logro de las metas y objetivos que los países se propusieron alcanzar en 1980 (Año que se considera final para el período que contempla el Plan Decenal de Salud para las Américas).

Esta evaluación debe estar centrada en el cambio alcanzado por cada país en función del esfuerzo realizado, medido por la distancia entre el punto de partida en 1971 y la situación alcanzada en 1980, en relación al objetivo fijado por el país para ese año. Asimismo se considera fundamental el análisis de las estrategias fijadas inicialmente para lograr esos objetivos de cambio y sus modificaciones durante el período.

La evaluación final en 1981 deberá permitir la elaboración de recomendaciones sobre áreas prioritarias continentales y líneas estratégicas para lograr la modificación de la situación en estas áreas en el transcurso de la década siguiente.

Consecuentemente, los elementos de este momento de evaluación deberán comprender:

- Número y proporción de países (y proporción de la población de las Américas que involucran) que alcanzaron las metas y propósitos nacionales fijados para 1980.

- Número y proporción de países (y proporción de la población de las Américas que involucran) que alcanzaron o superaron las metas y objetivos del Plan Decenal de Salud para las Américas.

- Análisis y tipificación de las restricciones internas y externas a los sectores nacionales de salud que condicionaron la posibilidad de alcanzar las metas propuestas.

- Análisis del cambio logrado durante el período 1971-1980 por meta y por país (número y proporción de población continental afectada por el cambio).

- Análisis de la variación de las estrategias fijadas inicialmente por meta y objetivo y por país.

- Resumen de la situación de los sectores salud nacionales en 1980. Número y proporción de la población afectada por meta y por país, y análisis comparativo entre la situación en 1971 y la correspondiente a 1980.

- Resumen de la situación económico social de los países de las Américas en 1980 y análisis comparativo entre la situación en 1971 y la correspondiente a 1980.

- Descripción comparativa de la evolución de los indicadores del sector salud y los indicadores socioeconómicos de los países para el período 1971-1980.

- Sugerencias para ser consideradas en la definición de objetivos y líneas de estrategia continentales para el período 1981-1990.

3.2.1.2 Elementos de las Tablas de Trabajo para el Análisis a Nivel Continental.

Con el propóstio de facilitar la labor de evaluación se presenta el listado de algunos elementos que podrían integrar las tablas de trabajo básicas para el análisis a nivel continental, y un gráfico en el que se resumen las posibles comparaciones que pueden realizarse.

Elemento Nº	Denominación	Observaciones
(1)	País	
(2)	Población (número).	Correspondiente al año de la evaluación.
(3)	Población (porcentaje del total de población de las Américas).	
(4)	Meta del Plan Decenal de Salud para las Américas.	(*)
(5)	Situación del país en 1971.	(*)
(6)	Meta nacional para 1977.	(*)
(7)	Meta nacional para 1980.	(*)
(8)	Cambio esperado para 1977.	Datos de (6) y (5).
(9)	Cambio esperado para 1980.	Datos de (7) y (5). Puede ser el mismo dato que se da en (7).
(10)	Cambio esperado si el país se hubiera fijado la Meta del Plan Decenal.	Datos de (4) y (5). Puede ser el mismo dato de (4).
(11)	Discrepancia entre las metas del Plan Decenal y nacional para 1980.	Datos de (4) y (7).
(12)	Explicación de la discrepancia registrada en (11).	Análisis lógico.
(13)	Situación observada en 1980.	Dato a registrar.
(14)	Cambio observado en 1980.	Datos de (13) y (5).
(15)	Discrepancia entre la meta nacional para 1980 y la situación observada en ese año.	Datos de (7) y (13).
(16)	Explicación de la discrepancia registrada en (15).	Análisis lógico.

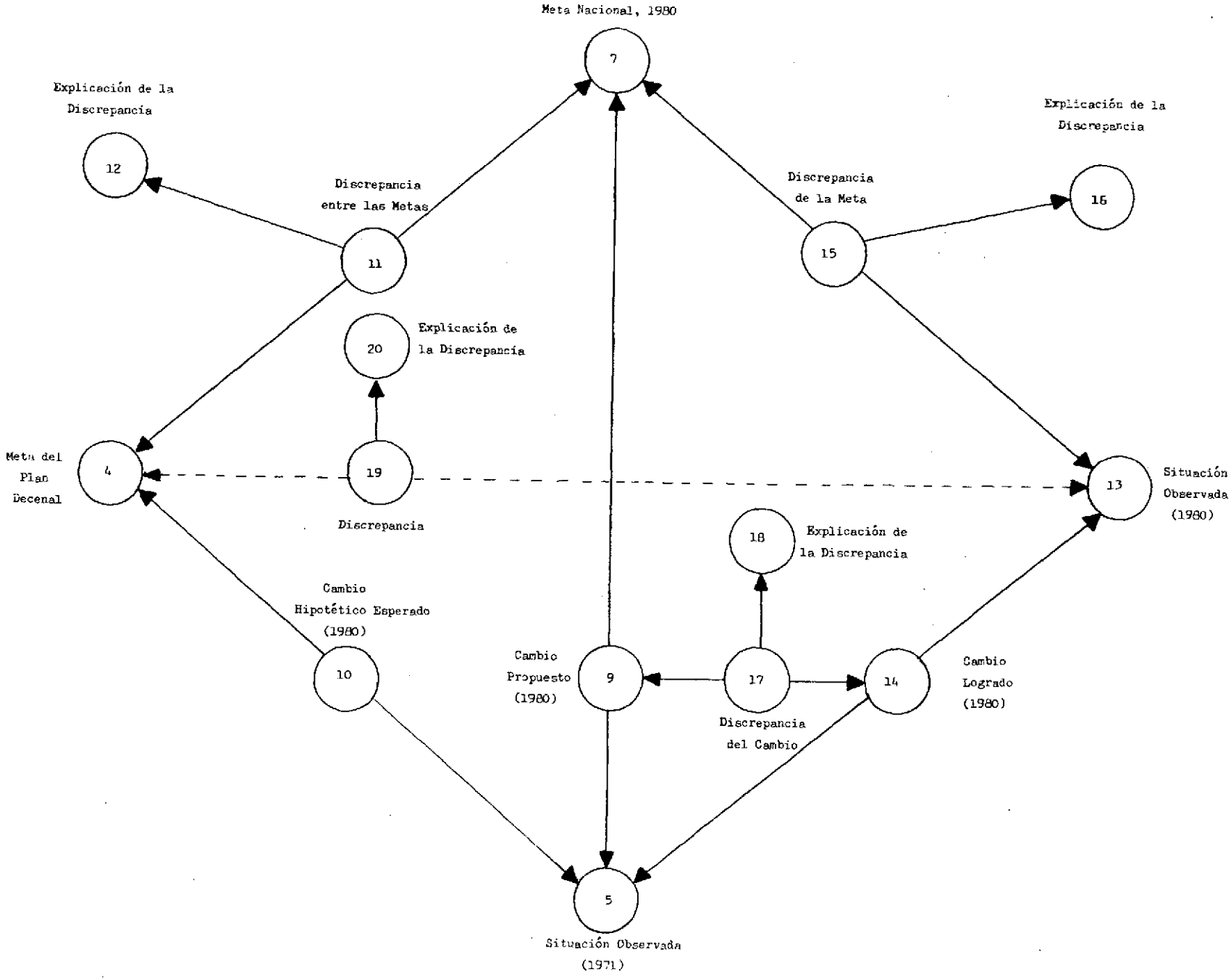
(*) Basados en la información que proporcionen los países al incorporar las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas a las políticas nacionales de salud y el ajuste de las Proyecciones Cuadrienales.

Elemento Nº	Denominación	Observaciones
(17)	Discrepancia entre el cambio esperado y el cambio observado para 1980.	Datos de (9) y (14)
(18)	Explicación de la discrepancia registrada en (17).	Análisis lógico.
(19)	Discrepancia de la meta del Plan Decenal y la situación nacional alcanzada en 1980.	Datos de (4) y (13)
(20)	Explicación de la discrepancia registrada en (19).	Análisis lógico.
(21)	Discrepancia entre el cambio esperado si el país se hubiera fijado la meta del Plan Decenal y el cambio observado en 1980.	Datos de (10) y (14)
(22)	Explicación de la discrepancia registrada en (21).	Análisis lógico.
(23)	Estrategia nacional propuesta para 1977.	(*)
(24)	Estrategia nacional propuesta para 1980.	(*)
(25)	Estrategia nacional observada en 1977.	Datos a registrar.
(26)	Estrategia nacional observada en 1980.	Datos a registrar.
(27)	Explicación de las discrepancias entre (24) y (26).	Análisis lógico.

(*) Basados en la información que proporcionen los países al incorporar las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas a las políticas nacionales de salud y el ajuste de las Proyecciones Cuadrienales.

ELEMENTOS DE ANALISIS PARA LA EVALUACION A NIVEL CONTINENTAL

(Evaluación Final : 1980)



Para cada meta o proposición existen dos formulaciones de origen diferente, que pueden o no ser coincidentes:

- La expresada en el Plan Decenal de Salud para las Américas, y

- La fijada por cada uno de los países.

Para ambas debe analizarse:

- Las discrepancias entre situaciones (y/o cambios) esperados y observados, y

- La explicación de dichas discrepancias.

Estos análisis podrán significar comparaciones entre cifras absolutas o relativas así como entre elementos cualitativos rigurosamente definidos. Los análisis que finalmente se decidan dependerán fundamentalmente de la forma en que esté expresada cada meta.

3.2.1.3. Algunos Elementos para los Análisis Continentales por País.

- Nivel y estructura de salud y situación sectorial:

  (1) Situación inicial 1971.
  (2) Situación observada 1980.
  (3) Situación esperada 1980.
  (4) Análisis de las discrepancias entre (2) y (3).

- Situación socio-económica:

  (1) Situación inicial 1971.
  (2) Situación observada 1980.

A modo de ejemplo se presenta una lista tentativa de indicadores socio-económicos que cumplen con el requisito de estar diponibles en la mayoría de los países de las Américas y que en la práctica han demostrado tener potencia aceptable para definir perfiles económico-sociales:

Indicador General

(1) Esperanza de vida al nacer.

Indicadores de Salud

(2) Tasa de mortalidad 1-4 años.
(3) Porcentaje de muertos por infecciosas y parasitarias.
(4) Habitantes por médico.
(5) Habitantes por cama.

Indicadores de Ambiente

(6) Porcentaje de población en localidades de más de 20,000 habitantes.
(7) Porcentaje de población servida con agua.
(8) Calorías per cápita.
(9) Gramos/día de proteína per cápita.

Indicadores de Educación (nivel y estructura)

(10) Porcentaje de alfabetos.
(11) Porcentaje de matrícula primaria, población 5-14 años.
(12) Porcentaje de matrícula secundaria y vocacional, población 15-19 años.
(13) Porcentaje de matrícula universitaria, población 20-29 años.

Indicadores de Economía (nivel y estructura)

(14) P.B.I. per cápita.
(15) Porcentaje del P.B.I. generado por sector secundario.
(16) Población económicamente activa en el Sector.
(17) Productividad sectorial.

Indicadores de Demografía (estructura)

(18) Porcentaje de población menor de 15 años.
(19) Porcentaje de población mayor de 55 años.
(20) Tasa de crecimiento vegetativo.
(21) Tasa de fecundidad.

Otros Factores

- Población (en miles).
- Extensión territorial (incluye aguas interiores miles Km^2).
- Tierra cultivada (miles Km^2).
- Densidad (habitantes por Km^2).
- Relación superficie total - superficie cultivada.
- Habitante por Km^2 cultivado.
- Porcentaje de superficie cultivable.

3.2.2. Características del Método de Análisis a Nivel País

El esquema de evaluación que cada país diseñe debería poder alimentar al esquema de evaluación continental y cumplir con todas sus condiciones.

A nivel de los países, se recomienda que el contenido de la evaluación en cada país, permita:

- Analizar las áreas-problema, programas-críticos y prioridades;

- Analizar las actividades realizadas, con el objeto de utilizar los datos encontrados para el reajuste de las metas y estrategias nacionales, considerando las disponibilidades financieras y los recursos reales existentes.

- Explicar las discrepancias y logros alcanzados en relación a las metas fijadas.

En cuanto a la evaluación del grado de cumplimiento de una meta se debe tener en cuenta las siguientes etapas:

- Comparar la meta con el logro obtenido;

- Explicar las razones por las que la meta fue conseguida o no;

- Utilizar el dato para realimentar el sistema e iniciar un nuevo ciclo.

Se recomienda que la OPS sugiera a los países:

- Que la explicación de las discrepancias y logros se base en el análisis de la natrualeza misma de la meta y de las estrategias utilizadas para alcanzarlo, para lo cual los países deberán considerar tanto el procedimiento seguido para adoptarla como los factores de factibilidad, viabilidad, grado de definición, grado de consistencia y grado de dependencia del cumplimiento de otras metas.

El tratamiento operacional de las metas y proposiciones del Plan Decenal de Salud para las Américas deberá hacerse de acuerdo a la clasificación presentada en la página 7 con el fin de facilitar el análisis de consistencia e interrelación entre las metas y proposiciones que cada país decida formular.

Para algunas metas y proposiciones del Plan Decenal de Salud para las Américas, los países deberán definir criterios operacionales adicionales que permitan medir o estimar su cumplimiento.

Sin perder cada país la flexibilidad que debe tener en la elaboración del proceso de incorporación de las metas del Plan Decenal continental a sus políticas de salud, el Grupo considera recomendable que hasta donde al propio país convenga, siga el procedimiento sugerido para este

fin en la Guía proporcionada por la OPS(*) con el objeto de facilitar ese proceso y asegurar la comparabilidad necesaria para poder efectuar la evaluación continental.

3.3. ORGANIZACION DEL SISTEMA DE EVALUACION

Dentro del espíritu de las Recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas y las Resoluciones del Consejo Directivo de la Organización, dicho sistema de evaluación tiene preponderantemente la intención de fortalecer los mecanismos nacionales, que permitan la observación y evaluación continua del desarrollo de las actividades que conducen al cumplimiento de las metas que los mismos países se han fijado y establecido en sus planes de salud y producir resultados que puedan luego compatibilizarse a nivel continental para permitir la evaluación de los logros obtenidos en el decenio.

La organización de los sistemas tiene que tener como principio el concepto de que la evaluación es una actividad componente del proceso de planificación. Como tal no puede hallarse desvinculada de éste y cualquiera que sea la estructura que exista en los países para la conducción de dicho proceso, la evaluación tiene que estar integrada y formar parte de este proceso de administración y planificación.

La evaluación es una práctica que se ha venido realizando en los países con deficiencia, por la falta de métodos adecuados, de personal adiestrado y de utilización de los resultados para la realimentación del proceso.

Basados en estas consideraciones y otras que se refieren al estado actual de la evaluación en los países y la estimación de los recursos con que éstos y la OPS cuentan para implantar los sistemas en el Continente, el Grupo hace las siguientes recomendaciones:

3.3.1. Con Respecto al Nivel País:

- Desarrollar y fortalecer la función de evaluación, componente de los sistemas de información, evaluación, control, decisión, que exigen los procesos de administración y planificación de los países.

- Para lograr este propósito debe maximizarse la utilización de los recursos actualmente disponibles, perfeccionar su organización y

---

(*) "Guía para el Análisis e Incorporación de las Metas del Plan Decenal de Salud para las Américas en las Políticas Nacionales de Salud y Ajuste de las Proyecciones Cuadrienales País/OPS".

crearse, en caso necesario, los adicionales de acuerdo a las condiciones y posibilidades de los países.

- Es conveniente que la función de evaluación sea coordinada y asesorada por las unidades de planificación, asegurándose que participen todos los niveles de la estructura del sistema de salud.

- A pesar de las características propias que obedecen a las peculiaridades y a las necesidades de cada país, los sistemas nacionales de evaluación deberían tener ciertas características comunes que permitan la compatibilización de sus resultados a nivel continental, mediante la utilización de métodos y procedimientos básicamente comunes.

- La capacitación de personal en los métodos y en la organización y operación de sistemas de evaluación, se presenta como una necesidad urgente si se quiere desencadenar el proceso a partir de 1974. Se considera conveniente que se organicen cursos de corta duración de tipo esencialmente operativo. Se estima que la OPS deberá cooperar en estos esfuerzos iniciales según lo requieran los países.

- Asimismo es necesario que en los cursos básicos de administración de servicios de salud y especialmente en los de planificación, que se realizan en los países, se otorgue especial énfasis a los conceptos y métodos de evaluación como integrante del proceso de información, evaluación, decisión y control.

3.3.2. Con Respecto al Nivel Continental

Se considera que la OPS tiene un papel importante que cumplir dentro del sistema de evaluación continental para lo cual se recomienda lo siguiente:

- Que centralice la información proveniente de todos los países y coordine la implantación y desarrollo del sistema de evaluación continental en su nivel central.

- Que sus funcionarios de campo participen, tanto en la colaboración y asesoría como en la coordinación entre los sistemas nacionales de planificación y su Oficina Central.

- Que organice la implementación del sistema de evaluación, teniendo presente las siguientes actividades a realizar:

  - Dar a conocer a los gobiernos y demás instituciones interesadas, las características del sistema de evaluación que se propone implantar.

- Elaborar un manual de instrucciones en el que deberá constar de manera suscinta el propósito y la forma de organizar el sistema de evaluación. Elaborar un glosario de términos utilizados en ese manual.

- Crear los modelos de cálculo, las formas de presentación, los formularios, etc., para la elaboración debida del sistema de evaluación continental.

- Elaborar un cronograma para la implantación del sistema.

- Mantener contacto con los países para brindarles la debida asesoría en la etapa de implantación de sus sistemas.

- Analizar la información proporcionada por los países a nivel continental y divulgar los resultados.

- Desarrollar y asesorar programas de adiestramiento en la materia.

- Fomentar, asistir y realizar investigaciones destinadas principlamente a estudiar aspectos metodológicos en el campo de la evaluación.

ANEXO

GUIA PARA EL ANALISIS E INCORPORACION DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS EN LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD Y AJUSTE DE LAS PROYECCIONES CUADRIENALES PAIS-OPS

Indice

		Página
I.	POLITICA NACIONAL DE SALUD	1
	1. ANTECEDENTES	1
	2. ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA DEFINICION DE UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD	1
	3. PROPOSITOS Y RESTRICCIONES	3
II.	ESQUEMA PARA EL ANALISIS E INCORPORACION DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS EN LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD	5
	1. CONVENCIONES Y SUPUESTOS BASICOS	5
	2. ESTRUCTURA GENERAL DEL ESQUEMA	6
	3. SECUENCIA DEL ESQUEMA DE ANALISIS Y AJUSTE ...	7
	3.1. Primera Aproximación	8
	3.2. Segunda Aproximación	12
	3.3. Ajuste Final	12
	3.4. Resultados Esperados	12
III.	PROCEDIMIENTO	15
IV.	ANEXOS	
	ANEXO I - METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS PARA EL PERIODO 1971-1980	
	ANEXO II - CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS (preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)	
	ANEXO III - RESOLUCION XIII DE LA XXI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO, OPS	
	ANEXO IV - ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SELECCION DE PRIORIDADES COMO INTEGRANTE DEL PROCESO DE DECISION	

I. POLITICA NACIONAL DE SALUD

1. ANTECEDENTES

La Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago de Chile, octubre de 1972), cuyo propósito fundamental fue el de elaborar el Plan Decenal de Salud para las Américas para el período 1971-1980, (ver Anexo I) resolvió "Considerar como requisito fundamental para alcanzar las metas que contiene,[1/] la definición, en cada país, de la política de salud, consistente con el desarrollo económico y social en la que se especifiquen claramente los objetivos y los cambios estructurales necesarios para alcanzarlos".

De la decisión de perfeccionar las políticas nacionales de salud como instrumentos eficaces para el cumplimiento del Plan Decenal de Salud para las Américas y de la consiguiente de evaluar los esfuerzos comunes y medir sus resultados, deriva la necesidad de establecer un procedimiento de análisis y reformulación de dichas políticas, común para todos los países, aunque suficientemente flexible para contemplar las características y necesidades peculiares de cada uno.

2. ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA DEFINICION DE UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD

Para facilitar la comprensión de esta guía se adopta una definición operacional de política y se enumeran algunos de sus elementos. Así, una POLITICA se considera como un:

> conjunto ordenado y coherente de proposiciones de carácter general; que orientan el desarrollo de acciones o la creación de situaciones favorables, para la solución de

---

1/ el Plan Decenal de Salud para las Américas.

los problemas que es necesario superar, en función de una situación deseada, claramente definida, para un período dado.

Esas proposiciones generales son enunciados que surgen del análisis de las diferencias entre la situación actual y la situación deseada para un futuro dado.

En el caso de una política sectorial, el análisis de las discrepancias entre la situación actual y la deseada estará condicionado por las proposiciones de la política global de desarrollo nacional (explícita o implícita) y conducirá a la identificación de los problemas del sector. Identificados los problemas se procede a la selección de aquellos que se consideren prioritarios, lo que conlleva el análisis de las soluciones posibles para cada uno de ellos. El análisis de las soluciones posibles - que incluye el de sus alternativas tecnológicas - constituye el eslabón entre la política y la elaboración de las estrategias necesarias para su aplicación.

El estudio de las restricciones internas y externas que afectan al sistema de salud es esencial para evaluar la viabilidad y factibilidad de los propósitos de cambio y de sus consiguientes soluciones.

La definición precisa de la situación que se desea alcanzar en un tiempo dado, la identificación y jerarquización de problemas y la selección de las soluciones posibles constituyen la esencia misma de la definición de una política. Es, por lo tanto, la etapa inicial y necesaria de un proceso que desencadena una secuencia de decisiones que termina en la programación de las actividades e inversiones concretas que deben cumplirse para obtener el cambio deseado. Es decir, la definición clara y precisa de una Política Nacional de Salud constituye la condición necesaria y previa para el desarrollo de un proceso de planificación sectorial y su formalización en un Plan de Salud.

3. PROPOSITOS Y RESTRICCIONES

3.1 Los propósitos concretos de esta guía pueden ser resumidos como sigue:

- Facilitar el análisis de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas y la revisión de las políticas nacionales de salud en función a ese análisis y de las políticas nacionales de desarrollo.

- Facilitar la estimación de la contribución esperada de cada país al cumplimiento del Plan Decenal de Salud para las Américas.

- Facilitar la evaluación sistemática del Plan Decenal de Salud para las Américas.

- Facilitar el ajuste de las Proyecciones Cuadrienales País/OPS a las políticas nacionales de salud.

3.2 De estos propósitos deriva la necesidad de un procedimiento común para el análisis, así como la de establecer una base común para la definición de categorías, indicadores, etc., a usar en cada país.

3.3 Los siguientes criterios condicionaron la elaboración de esta guía:

- Plazo útil para completar el proceso de análisis de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas y actualizar las políticas nacionales:
  Existe urgencia en completar este proceso, condición previa y necesaria para la aplicación en la práctica de las proposiciones de cambio que, según el Plan Continental aprobado, deben producir los resultados esperados dentro del período que finaliza en 1980.

- Disponibilidad actual de información y de recursos:

La evaluación de la disponibilidad de información y de recursos para desarrollar este proceso en función de la urgencia anotada, descarta la posibilidad de elaboraciones complejas y la realización de investigaciones en profundidad.

3.4 En virtud de su diseño, la aplicación de esta guía se restringe exclusivamente a algunos aspectos operacionales del análisis de las metas del Plan Decenal, su incorporación a las políticas nacionales de salud, y al consiguiente ajuste de las Proyecciones Cuadrienales a las actividades conjuntas País y OPS.

II. ESQUEMA PARA EL ANALISIS DE LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD Y AJUSTE DE ESTAS EN FUNCION DEL PLAN DECENAL PARA LAS AMERICAS

1. CONVENCIONES Y SUPUESTOS BASICOS

1.1 En la III Reunión de Ministros (Santiago de Chile, octubre de 1972) los gobiernos se comprometieron a desarrollar el Plan Decenal de Salud para las Américas acordado en esa reunión, y a evaluarlo periódicamente. (Ver Anexo I y Anexo III, inciso 3).

1.2 En todos los países existe una política nacional de salud, ya sea expresada explícitamente en un plan de salud, en las Proyecciones Cuadrienales o en algún otro conjunto de documentos, o que sólo se está cumpliendo de hecho.

1.3 Los elementos de análisis (categorías, definiciones, indicadores, metas, etc.) y de ajuste que se utilicen para la actualización o reformulación de las políticas nacionales, deben ser los mismos con que se expresa el Plan Decenal de Salud para las Américas. No obstante, el país puede desagregar las categorías e indicadores en que está expresado dicho Plan y/o incluir otros elementos, según convenga a sus necesidades, para la formulación de su política nacional.

1.4 Las metas que cada gobierno fije para el decenio deben ser expresadas en promedios nacionales, sin perjuicio de que tanto el análisis como el ajuste de la política nacional de salud, se efectúe y exprese en términos regionales según convenga, de acuerdo a las características del país y de los requisitos que le imponga el Plan de Desarrollo Nacional.

1.5. El nivel o profundidad del análisis y del ajuste llegará, por lo menos, hasta las proposiciones generales para la solución de problemas nacionales de salud y su jerarquización en un orden de prioridad e incluirá los elementos estratégicos principales.

2. ESTRUCTURA GENERAL DEL ESQUEMA (ver Cuadro Nº 1)

Este esquema ha sido construido en base a los elementos que componen el Plan Decenal de Salud para las Américas y los que constituyen las Proyecciones Cuadrienales, elaboradas por 22 países y territorios de las Américas. Estos componentes fueron agrupados según la estructura del mencionado Plan Decenal en las siguientes áreas:

Area 1: Meta General

1.1. Esperanza de vida al nacer (ver Anexo I, punto III, página 9)

Area 2: Meta Principal

Cobertura de servicios (ver Anexo I, Metas I.1, página 3).

Area 3: Areas Programáticas

3.1. Servicios a las personas (ver Anexo I, Metas I.1.1. a I.1.4, páginas 3 y 4)

3.2. Saneamiento del medio (ver Anexo I, I.2.1 a I.2.11, páginas 4 a 6).

Area 4: Servicios complementarios (ver Anexo I, Metas I.3, página 6).

Area 5: Desarrollo de la Infraestructura

5.1. Desarrollo de la organización y administración sectorial (ver Anexo I, II.1 a II.4, página 7).

5.2. Desarrollo de los recursos (ver Anexo I, II.5 a II.9, páginas 7 a 9).

Agrupados los componentes del Plan Decenal de Salud para las Américas en las áreas ya enumeradas, se definieron las interrelaciones principales (o primarias) que las vinculan, como lo muestran los vectores en el Esquema. (ver Cuadro Nº 1).

Las restricciones (o factores) que condicionan a las áreas y a sus interrelaciones fueron agrupadas en dos grandes áreas:

Area 6: Restricciones internas del sector salud o intrasectoriales[2/].

Area 7: Restricciones externas al Sector, o extrasectoriales[2/].

3. SECUENCIA DEL ESQUEMA DE ANALISIS Y AJUSTE (Cuadro Nº 1)

El análisis de los componentes que se describieron previamente está basado fundamentalmente en el juego entre los objetivos y metas que el país desea alcanzar - comparados con las proposiciones del Plan Decenal de Salud para las Américas y la situación actual peculiar del país que efectúa el análisis - y en los requisitos en materia de recursos y de organización que estos propósitos suponen. Ambos, metas y requisitos para el cumplimiento de éstas, están condicionados o limitados por las restricciones internas y externas, peculiares al Sector Salud de cada país.

El desarrollo del análisis supone, además, utilizar el método de las aproximaciones sucesivas con una etapa final de ajuste para lograr la necesaria consistencia entre las proposiciones.

2/ Se consideran restricciones intrasectoriales (o internas) aquellas sobre las cuales el Sector Salud tiene dominio, dentro de ciertos límites, para remover o para superar los obstáculos que éstas significan en cuanto al cumplimiento de los propósitos o metas que el Sector se propone.

Se consideran restricciones extrasectoriales (o externas) aquellas sobre las cuales el Sector Salud no tiene dominio, porque su superación significa decisiones que son patrimonio de otros sectores o del sistema social en su conjunto.

El análisis de las restricciones internas y externas constituye la clave para la evaluación de la factibilidad y viabilidad de las proposiciones de cambio que definen a una política y son la esencia de las estrategias que se deben definir para implementarla.

3.1 Primera Aproximación:

3.1.1 Esperanza de vida al nacer (Cuadro Nº 1, Area 1)

Se compararán las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud para las Américas con la situación actual del país y con el propósito de cambio previamente definido. Se estimará qué nivel de esperanza de vida al nacer podría alcanzarse en 1980 si se decidiera modificar ciertos componentes de la estructura de mortalidad con una intensidad y velocidad consideradas factibles. Esa decisión condiciona, en primera aproximación, las prioridades y metas de algunos de los elementos del Area 3.

3.1.2 Cobertura de servicios (Cuadro Nº 1, Area 2)

Para el análisis de esta área resulta necesario elaborar previamente definiciones en cuanto a niveles de servicios (mínimos, básicos y especializados), en términos de instalaciones, características de los recursos humanos principales, funciones o tipos de atenciones que deben producir esas unidades, y cobertura potencial de cada tipo de servicio, en función de la definición nacional de accesibilidad de las comunidades.

Elaboradas estas definiciones, se compara la situación actual del país, en términos de cobertura nacional, con las metas del Plan Decenal, según los niveles definidos. Se fijan en una primera instancia prioridades de metas de cobertura por nivel de servicios: mínimos, básicos y especializados. Se estimarán gruesamente los requisitos que implican estas metas en términos de recursos directos (Cuadro Nº 1, Area 5.2), de demanda de servicios complementarios (Cuadro Nº 1, Area 4) y en cuanto a exigencias en la organización y administración sectorial (Cuadro Nº 1, Area 5.1).

En este momento se efectúa el primer análisis de las restricciones internas (Cuadro Nº 1, Area 6) y externas (Cuadro Nº 1, Area 7), con

el objeto de obtener una estimación preliminar de la factibilidad y viabilidad de las metas fijadas en esta primera aproximación.

3.1.3 Areas programáticas

El análisis de estas áreas se basará fundamentalmente en la comparación de la situación actual del país con las metas del Plan Decenal para las Américas y con la situación que el país desea alcanzar. Las metas en cuanto a servicios a las personas se expresarán en términos de nivel y estructura de mortalidad y morbilidad y de cobertura de población; las correspondientes a la transformación favorable del medio ambiente se definirán principalmente en términos de cobertura. En algunos países, con determinados niveles de desarrollo, los requisitos en términos de cambio de mortalidad específica, derivados de la meta general fijada (esperanza de vida), pueden ser elementos eficaces en la determinación del orden de prelación de las áreas programáticas específicas.

En esta primera aproximación deben analizarse las soluciones posibles para los problemas específicos considerados prioritarios y estimarse los requisitos que estas soluciones exigen en materia de servicios complementarios y de infraestructura. También aquí debe efectuarse una primera evaluación de las restricciones internas y externas que hacen a la factibilidad y viabilidad de las soluciones que se propongan. Una de las restricciones fundamentales para la definición de prioridades y metas en el Area 3 está constituída por las prioridades y metas fijadas preliminarmente para el Area 2. En esta primera aproximación, las restricciones determinadas por las Areas 2 y 5 (principalmente 5.2) permiten orientar la selección preliminar de tecnologías alternativas para las soluciones posibles a los problemas específicos cuya superación es considerada prioritaria.

3.1.4 Servicios complementarios

El análisis de esta área debe centrarse en la estimación de la factibilidad de satisfacer los requisitos, o demandas, que, en materia de recursos complementarios, presuponen las metas de cobertura de servicios finales y de las áreas programáticas específicas que fueron consideradas prioritarias en una primera aproximación.

3.1.5 Desarrollo de la infraestructura

En esta área el análisis debe ser desarrollado en tres planos distintos pero necesariamente complementarios.

- En un primer plano debe analizarse la situación actual del país en cada una de las categorías que integran el área y compararla con las exigencias (o requisitos en materia de recursos y de su organización) derivadas de las prioridades y metas fijadas en primera aproximación para las Areas 2 y 3 del Esquema. Se trata de estimar los recursos críticos (humanos, financieros, económicos, tecnológicos) y la organización sectorial e institucional más adecuada posible, en función de las metas de cobertura, de las metas de las áreas programáticas y de los servicios complementarios y de las funciones de producción (combinación de recursos según una tecnología dada) ya definidos en primera aproximación. En esencia, se trata de una evaluación de la posibilidad de formar recursos adicionales y/o de reorientar el uso y combinación de los recursos actuales disponibles. Su objeto es estimar la factibilidad de las metas propuestas y/o obtener elementos de juicio para modificar el orden de prelación, la intensidad y velocidad de cambio, o para la selección de otras alternativas técnicas.

- En un segundo plano deben analizarse los requisitos que en materia de recursos imponen las decisiones tomadas sobre el desarrollo de la organización sectorial y su administración. A su vez, deben también analizarse los requisitos de organización y administración, derivados de la necesidad de obtener eficiencia en el

uso y formación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas.

- En un tercer plano el análisis se focaliza en la comparación de:

  (1) Las metas de formación y de disponibilidad de recursos y los propósitos de desarrollo y perfeccionamiento de la organización y administración del Sector, derivadas de las prioridades y metas nacionales correspondientes a las áreas 2 y 3 del Esquema, con

  (2) las metas de formación y disponibilidad de recursos y propósitos de desarrollo de la organización y administración expresados en el Plan Decenal de Salud para las Américas.

  En los dos primeros planos, el análisis de las restricciones sectoriales tiene una particular importancia porque éstas son determinantes de la factibilidad y viabilidad de las metas que se adopten. En esta área, así como en la de los servicios complementarios, no cabe una selección de prioridades en el sentido que se convino para las áreas de cobertura (2) ni para las áreas programáticas (3.1 y 3.2), toda vez que constituyen requisitos para el cumplimiento de los propósitos y metas de dichas áreas.

Este análisis permite, en términos de estimaciones muy gruesas, obtener elementos de juicio suficientes para la toma de decisiones preliminares en cuanto a:

.1. Esperanza de vida al nacer que se desea alcanzar en 1980.

.2. Metas de cobertura de servicios integrales para el período, calificadas según tipo de servicio y tecnología.

.3. Orden de prelación y metas para áreas programáticas específicas.

.4. Metas de adecuación de los servicios complementarios a las exigencias derivadas de los puntos 1, 2 y 3.

.5. Cambios y perfeccionamiento de la organización y administración sectorial e institucional necesarios para alcanzar las metas adoptadas.

.6. Metas de formación de recursos adicionales para el cumplimiento de los puntos 1, 2, 3, 4 y 5.

.7. Lineamientos de estrategias para cumplir con las metas que se fijen

3.2 Segunda Aproximación

El análisis en esta segunda aproximación debe centrarse en el estudio de:

3.2.1 Consistencia entre las proposiciones enunciadas para cada área de análisis, y consistencia entre esas áreas.

3.2.2 Factibilidad y viabilidad de esas proposiciones en función de las restricciones internas y externas.

3.2.3 Consistencia global y específica de las proposiciones con la política nacional de desarrollo.

3.3 Ajuste Final

Con estos elementos debe procederse al ajuste final de las proposiciones en cada una de las áreas y a la definición de las líneas generales que condicionan la elaboración de las estrategias para el cumplimiento de los propósitos y metas de cambio decididos.

3.4 Resultados Esperados

Se considera que este esquema de análisis permite obtener:

3.4.1 Consistencia del ajuste de la política nacional de salud en términos de metas de cambio y prioridades nacionales, con la política de desarrollo nacional y el Plan Decenal de Salud para las Américas en cuanto a:

- Nivel y estructura de salud;
- Oferta de servicios;
- Formación de recursos nacionales;
- Organización y administración nacional de los recursos sectoriales;
- Líneas directrices para definición de estrategias y su traducción en programas de actividades.

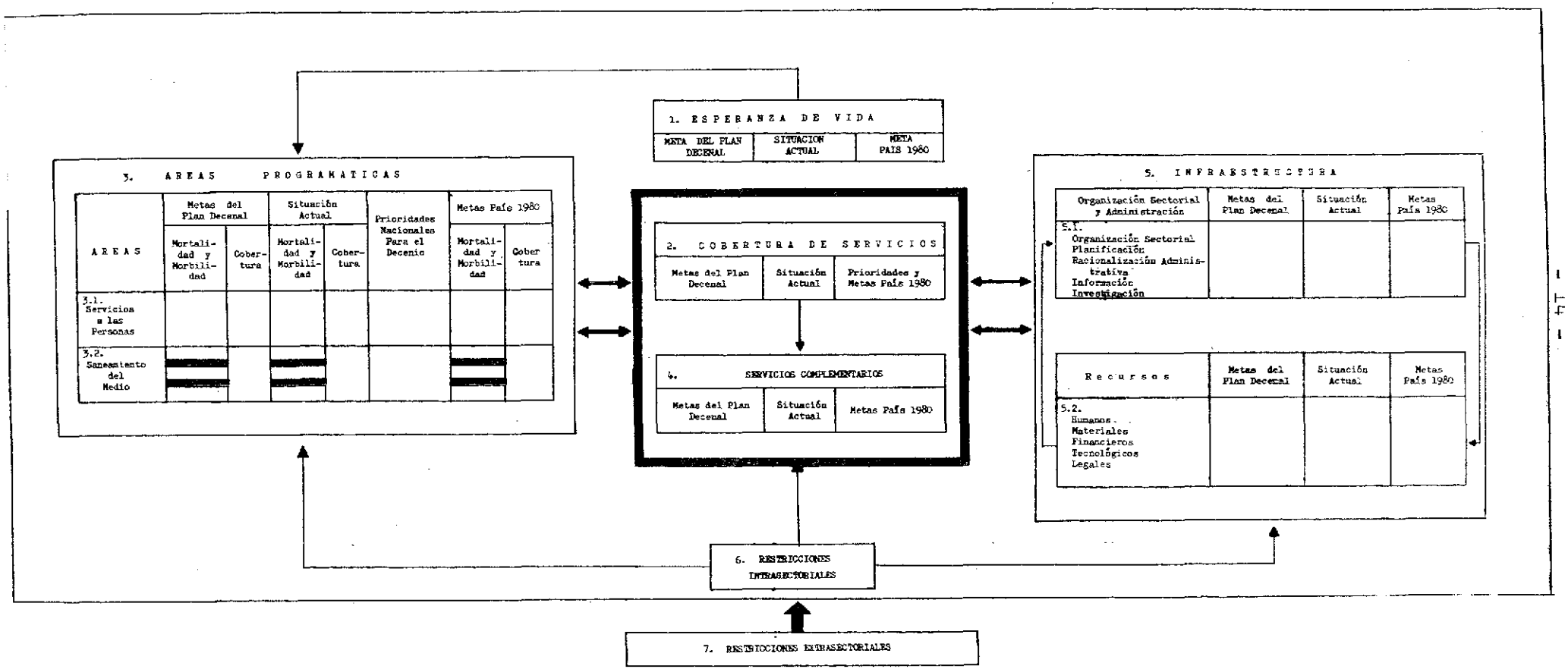
3.4.2 Determinación de la contribución esperada de cada país al cumplimiento del Plan Decenal de Salud para las Américas.

3.4.3 Determinación de los elementos de información nacionales necesarios para la evaluación sistemática del Plan Decenal de Salud para las Américas.

3.4.4 Ajuste de las Proyecciones Cuadrienales País/OPS a las políticas nacionales de salud y consiguiente reprogramación de las actividades conjuntas País/OPS.

Cuadro Nº 1

ESQUEMA PARA EL ANALISIS E INCORPORACION DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS EN LAS POLITICAS NACIONALES DE SALUD



III. PROCEDIMIENTO

1. ALGUNAS ACLARACIONES PREVIAS

Con el propósito de facilitar la aplicación sistemática del esquema de análisis que se propone en el Capítulo II, se presenta a continuación una serie de tablas de trabajo y algunas indicaciones para su uso.

El procedimiento que se sugiere está basado en el supuesto de la utilización de las Proyecciones Cuadrienales elaboradas por los países de la Región de las Américas y ajustadas en 1971. Su aplicación permite el ajuste simultáneo de dichas proyecciones a las decisiones de ajuste de las políticas nacionales de salud en función del Plan Decenal de Salud para las Américas.[3/]

La forma de presentación del procedimiento en tablas fue adoptada para facilitar la descripción y comprensión de sus componentes, así como los análisis nacionales y regionales necesarios para las evaluaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas, a que los gobiernos se han comprometido.

2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

2.1 TABLA 1

AREA 1: META GENERAL: ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Ver Anexos I y II)

Esta tabla deberá ser la primera en ser elaborada, debiendo ser eventualmente ajustada en una segunda aproximación.

3/ Aquellos países que no hubiesen elaborado las Proyecciones Cuadrienales (Revisión 1971) deberán producir la información necesaria para llenar las columnas (2) y (3) del procedimiento que se presenta, utilizando los datos disponibles en diversos documentos oficiales y/o estimando los que no estén consignados en éstos.

Columna 1: Se anotará la esperanza de vida al nacer que propone el Plan Decenal de Salud para las Américas, para el tramo que corresponda al país.

Columna 2: Se anotará la esperanza de vida estimada para el país en el momento de la revisión de las Proyecciones Cuadrienales (1971). En aquellos países que no hubieran elaborado las Proyecciones Cuadrienales deberá consignarse el dato disponible más cercano a 1971.

Columna 3: Se anotará la esperanza de vida al nacer fijada como objetivo para 1980, en la Sección Hipótesis de Cambio de las Proyecciones Cuadrienales (Serie 1100). Los países que no hayan fijado esa estimación ni en sus planes nacionales ni en las Proyecciones Cuadrienales o algún otro documento oficial, deberán hacerlo en esta oportunidad.

Columna 4: Deberá consignarse la meta nacional para 1980 resultante del análisis de las posibilidades del país para alcanzar o sobrepasar las metas propuestas en el Plan Decenal de Salud para las Américas. Aquellos países que ya hubieran alcanzado esa meta deberán estimar la meta superior que según su estimación podrían alcanzar.

Columna 5: Es necesario explicar el "porqué" de la eventual discrepancia, en más o en menos, entre la meta propuesta en el Plan Decenal y la adoptada por el país. Esta explicación puede hacerse en términos de tendencias nacionales observadas, cambios esperados en el desarrollo socioeconómico global y/o sectorial, etc.

Columna 6: En esta columna debe consignarse el "cómo" se espera llegar a la meta nacional fijada, y qué grupos etarios y en qué daños específicos se espera obtener el aumento de expectativa de vida al nacer. Hacer explícita esta estrategia

tiene particular importancia, toda vez que puede comandar las prioridades y la intensidad de acción en las áreas programáticas específicas que tienen relación directa con la estrategia, así como fijar requerimientos en materia de cobertura e infraestructura, particularmente en países con estructuras de salud propia de los poco desarrollados.

2.2 TABLA 2

AREA 2: COBERTURA DE SERVICIOS MINIMOS, BASICOS Y ESPECIALIZADOS

Esta tabla deberá ser elaborada a continuación de la Tabla 1, en la primera aproximación.

Columna 1: Trascríbanse las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, en cuanto a metas de cobertura en servicios mínimos, básicos y especializados (ver Anexos I y II).

Columna 2: Consígnese un resumen de la situación actual nacional en cuanto a cobertura para cada uno de los tipos de servicio en que se expresan las metas del Plan Decenal (Columna 1). Los datos que definen esa situación deberán ser los más cercanos a 1971, disponibles. Es fundamentalmente importante hacer explícitos los obstáculos existentes que determinan la cobertura actual, tanto los que son intrínsecos al sector salud como los debidos a la situación peculiar de desarrollo económico-social nacional (restricciones internas y externas).

Esta información corresponde a la consignada en las Proyecciones Cuadrienales en el capítulo de análisis por áreas, Secciones 1, 2 y 3.

Columna 3: Anótese los aspectos relevantes de la política, objetivos y metas, fijados para el período 1970-1980, sobre la ampliación

de la cobertura de servicios (consignados en la Sección 4 de las Proyecciones Cuadrienales correspondientes a 1971).

Debe asimismo anotarse aquellos propósitos, objetivos o metas destinados a minimizar los obstáculos para la ampliación de la cobertura, descritos en la Columna 2, de acuerdo a las restricciones internas y externas.

Columnas 4 y 5: En estas columnas procede anotar las metas en términos de cobertura de servicios mínimos, básicos y especializados que el gobierno estime posible alcanzar en 1980 (Columna 5), y las prioridades decididas en cantidad y tiempo en cuanto a cada uno de esos tipos de servicios. En la Columna 4 se consignará qué metas parciales se espera alcanzar en 1977 con respecto a las metas fijadas para 1980. La Columna 4 tiene por objeto presentar información previa al análisis del desarrollo de las metas fijadas para 1980 con respecto al punto de partida (coberturas observadas en 1971 - Columna 2), para la evaluación preliminar propuesta para 1978.

Las elaboraciones necesarias para las Columnas 4 y 5, requieren definiciones previas: tipo de servicios y accesibilidad, en los términos expresados en el "Esquema de Análisis" (Capítulo II, página 11, 3.1.2) así como un muy cuidadoso análisis de los requisitos que implican en materia de superación de las restricciones internas y externas al sector.

Columna 6: Las mismas consideraciones que se anotan en la Columna 5, Area 1 (Tabla 1).

Columnas 7 y 8: En estas columnas debe hacerse explícito cómo se espera llegar a obtener las metas nacionales fijadas en las

Columnas 4 y 5. Es fundamental anotar las principales líneas de acción destinadas a superar las restricciones internas y externas, puestas en evidencia en la Columna 2. Esta estrategia deberá ser identificada para cada período de análisis: 1971-1977 y 1978-1980.

Es importante tener en cuenta que tanto las prioridades como las metas fijadas para 1980 y sus estimaciones para 1977 en materia de cobertura de servicios mínimos, básicos y especializados, junto con la meta y estrategia fijada para alcanzar cierta esperanza de vida, comprometen o condicionan las metas y estrategias de las otras áreas que comprende el análisis.

2.3 TABLAS 3.1 y 3.2

AREA 3: AREAS PROGRAMATICAS

La estructura de las tablas 3.1 y 3.2 es idéntica, por lo que caben indicaciones iguales para ambas.

Columna 1: Lo mismo que en la tabla 2, se procederá a transcribir las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas siguiendo la clasificación y el orden consignado en el Anexo II (Columnas 1 y 2). Todas las metas consignadas en el mencionado plan deben ser transcritas. Las metas que por las características del país no sean consideradas prioritarias y que, por lo tanto, se decida no tomar en cuenta, deben ser igualmente transcritas.

Columnas 2 y 3: Las mismas consideraciones que para las áreas 1 y 2.

Columnas 4 y 5: Las mismas consideraciones que para las áreas 1 y 2. En el caso particular de las metas correspondientes a las

áreas programáticas 3.1 y 3.2, debe tomarse especialmente en cuenta las condiciones o requisitos, tanto en materia de prioridad como en alcance de las metas específicas, que impone a éstas las decisiones tomadas en las áreas 1 y 2.

A su vez las metas que se decidan impondrán requisitos a las áreas 4, 5.1 y 5.2, restantes.

Columna 6: Las mismas consideraciones correspondientes a las tablas 1 y 2. Debe incluir la explicación de porqué el país no considera prioritarias las metas excluídas.

Columnas 7 y 8: Las mismas consideraciones que para las tablas 1 y 2. Debe tenerse presente que, lo mismo que con las metas propuestas, estas estrategias están condicionadas en su contenido y tiempo de aplicación por las estrategias fijadas en las tablas 1 y 2.

2.4 TABLA 4

AREA 4: COBERTURA EN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Esta tabla deberá ser elaborada a continuación de las tablas 2, 3.1 y 3.2 en la primera aproximación.

Columna 1: Se procederá a transcribir, lo mismo que en las tablas anteriores, las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas siguiendo el orden consignado en el Anexo II (Columnas 1 y 2).

Columnas 2 y 3: Las mismas indicaciones que para las tablas anteriores.

Columnas 4 y 5 : En esta columna debe anotarse las metas en términos de cobertura de servicios complementarios.

El carácter esencial de apoyo a los servicios finales, que por definición tienen los servicios complementarios, obliga a que las metas nacionales que se fijen para estos, sean consistentes con las decididas para las áreas 2, 3.1 y 3.2. Cualquier imposibilidad que se advierta, en primera aproximación, para mantener esta imprescindible consistencia, obliga a revisar las metas fijadas para las áreas 2, 3.1 y 3.2 o a modificar, en una segunda aproximación, los requisitos de éstas en cuanto a tipo de servicios complementarios que demandan.

Columna 6: La explicación de las discrepancias entre las metas nacionales decididas (Columnas 5 y 4) y las propuestas en el Plan Decenal (Columna 1) debe hacerse no sólo en función de las Columnas 2 y 3 sino, y fundamentalmente, en función de los requisitos estimados que las áreas 2, 3.1 y 3.2 (cobertura de servicios mínimos, básicos y especializados; servicios a las personas y saneamiento del medio) imponen a los servicios complementarios.

Columnas 7 y 8 : Las mismas indicaciones que para las áreas 2, 3.1 y 3.2. En el caso particular de los servicios complementarios debe tenerse en consideración que las estrategias que se definan están condicionadas en contenido y tiempo de aplicación por las estrategias fijadas en las tablas 2, 3.1 y 3.2. El análisis de las soluciones posibles para las restricciones advertidas en el área de servicios complementarios puede conducir, en una segunda aproximación, a la revisión y ajuste de las estrategias elegidas para las áreas 2, 3.1 y 3.2.

2.5 AREA 5: DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

TABLA 5.1 ORGANIZACION SECTORIAL Y ADMINISTRACIÒN

Esta tabla debe ser elaborada a continuación de las tablas 2, 3.1, 3.2 y 4, en la primera aproximación.

Columna 1: Las mismas indicaciones que para las tablas 3.1 y 3.2

Columna 2: Consígnese un resumen de la situación actual nacional para cada uno de los rubros considerados en la Columna 1. Es particularmente importante hacer explícitos los obstáculos existentes, tanto los intrínsecos del sector (restricciones internas) como los relativos a las características peculiares de la organización y administración nacionales, especialmente del Sector Público (restricciones externas).

Columna 3: Anótese los aspectos relevantes de la política, objetivos y metas, fijada para el período 1970-1980, consignadas en la Sección 4 de la revisión 1971 de las Proyecciones Cuadrienales, referente a los rubros de la Columna 1, incluyendo aquellos aspectos dirigidos a la superación de las restricciones anotadas en la Columna 2.

Columnas 4 y 5: En estas columnas debe anotarse las metas de cambio que se espera alcanzar en 1980 y 1977. La fijación de estas metas obliga a una cuidadosa estimación del tipo de organización y administración que exigen las metas y estrategias definidas para las áreas 2, 3.1, 3.2 y 4. Debe además darse especial atención a la posibilidad de superar las restricciones advertidas en la Columna 2. La forma en que han sido expresadas las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas, en esta área 5.1 , obliga, además, a definiciones adicionales, para cada una de ellas, que hagan explícitos los requisitos o condiciones que deben ser satisfechos para considerar

que la meta ha sido alcanzada. La definición precisa de estos criterios es imprescindible para la evaluación del cumplimiento de las metas fijadas.

Columna 6: La explicación de la discrepancia debe estar basada principalmente en el análisis de los requisitos impuestos por las decisiones adoptadas en las áreas 2, 3.1, 3.2 y 4.

Columnas 7 y 8: La definición de estrategias destinadas a superar las restricciones internas y externas es el punto fundamental de la elaboración de esta columna.

TABLA 5.2: DESARROLLO DE LOS RECURSOS

Esta tabla debe ser elaborada después de las demás, debido a que su tratamiento es función de los requisitos que en materia de recursos demandan las proposiciones definidas en las demás áreas. El análisis de las posibilidades de satisfacción de esos requisitos es la primera aproximación a la evaluación de la factibilidad de esas proposiciones.

Columna 1: Iguales indicaciones que para las tablas 3.1 y 3.2.

Columnas 2 y 3: Las mismas indicaciones que para la Tabla 2.

Columnas 4 y 5: La fijación de metas es una función exclusiva de los requisitos que en materia de recursos imponen las metas nacionales consignadas para las áreas 2, 3.1, 3.2, 4 y 5.1. El análisis de la posibilidad de satisfacer estos requisitos es el factor principal para el eventual reajuste de metas y estrategias de esas áreas, en una segunda aproximación.

Columna 6: La explicación de la discrepancia debe estar basada principalmente en el análisis de los requisitos impuestos por las decisiones adoptadas en las áreas 2, 3.1, 3.2, 4 y 5.1.

Columnas 7 y 8 : Las definiciones de estrategias están asimismo condicionadas en contenido y tiempo de aplicación por los requisitos en materia de recursos de las áreas 2, 3.1, 3.2, 4 y 5.

Finalizada la primera aproximación deberá procederse al análisis conjunto de las elaboraciones de todas las tablas y proceder a los ajustes necesarios para asegurar la consistencia interna de las proposiciones de cada área y la consistencia de las proposiciones de todas las áreas entre sí.

Tabla 1

AREA 1: META GENERAL: ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Plan Decenal de Salud para las Américas META GENERAL ESPERANZA DE VIDA AL NACER	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: HIPOTESIS DE CAMBIO (Serie 1100)		AJUSTE DE LA META NACIONAL (columna 3), en función de la Meta del Plan Decenal de Salud para las Américas para 1980 (Columna 1)	EXPLICACION DE las discrepancias entre las columnas (4) y (3)	ESTRATEGIA PARA ALCANZAR la meta nacional fijada en la columna (4)
	Situación Actual	Meta fijada para 1980			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Tabla 2

AREA 2: COBERTURA DE SERVICIOS MINIMOS, BASICOS Y ESPECIALIZADOS

Plan Decenal de Salud para las Américas METAS DE COBERTURA DE SERVICIOS MINIMOS, BASICOS Y ESPECIALIZADOS	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		SELECCION DE PRIORIDADES Y AJUSTE DE LAS METAS NACIONALES (Columna 3), en función de la situación actual (Columna 2) y de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas para 1980 (Columna 1)		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5) en función de las restricciones internas y externas *	
	Secciones 1, 2, 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Política, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(*) Ver: "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión".

Tabla 3.1

AREA 3: AREAS PROGRAMATICAS

3.1.: SERVICIOS A LAS PERSONAS

Plan Decenal de Salud para las Américas AREAS PROGRAMATICAS METAS DE SERVICIOS A LAS PERSONAS	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		SELECCION DE PRIORIDADES Y AJUSTE DE LAS METAS NACIONALES. (Columna 3) en función de la situación actual (Columna 2) y de las metas y estrategias fijadas para cobertura de servicios y Esperanza de Vida *		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5) en función de las restricciones internas y externas *	
	Secciones 1, 2, 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Política, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(*) Ver: "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión"

Tabla 3.2

AREA 3: AREAS PROGRAMATICAS

3.2.: SANEAMIENTO DEL MEDIO

Plan Decenal de Salud para las Américas AREAS PROGRAMATICAS METAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		SELECCION DE PRIORIDADES Y AJUSTE DE LAS METAS NACIONALES (Columna 3) en función de la situación actual (Columna 2) y de las metas y estrategias fijadas para cobertura de servicios y Esperanza de Vida		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5) en función de las restricciones internas y externas *	
	Secciones 1, 2, 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Política, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(*) Ver: "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión"

Tabla 4

AREA 4: COBERTURA EN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Plan Decenal de Salud para las Américas METAS DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		AJUSTE DE LAS METAS (Columna 3) en función de las metas nacionales fijadas para Cobertura de Servicios (Area 2) y Areas Programáticas Prioritarias (Areas 3.1. y 3.2.)		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las Columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5)	
	Secciones 1, 2 y 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Políticas, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

Tabla 5.1

AREA 5: DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

5.1.: ORGANIZACION SECTORIAL Y ADMINISTRACION

Plan Decenal de Salud para las Américas METAS PARA EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA ORGANIZACION SECTORIAL Y ADMINISTRACION	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		AJUSTE DE LAS METAS NACIONALES (Columna 3) en función de la situación actual (Columna 2) y de las metas y estrategias fijadas para Cobertura de Servicios, Areas Programáticas y Servicios Complementarios		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5) en función de las restricciones internas y externas *	
	Secciones 1, 2 y 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Política, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(*) Ver: "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión"

Tabla 5.2

AREA 5: DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

5.2.: DESARROLLO DE LOS RECURSOS

Plan Decenal de Salud para las Américas METAS PARA EL DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA RECURSOS Y ASPECTOS LEGALES	PROYECCIONES CUADRIENALES REVISION 1971 PAIS: ANALISIS POR AREAS		AJUSTE DE LAS METAS NACIONALES (Columna 3) en función de la situación actual (Columna 2) y de las metas y estrategias fijadas para Cobertura de Servicios, Areas Programáticas, Servicios Complementarios y Organización Sectorial y Administrativa		EXPLICACION DE LAS discrepancias observadas entre las Columnas (1) y (5) En este análisis debe tenerse en consideración los elementos consignados en las columnas (2) y (3)	ESTRATEGIA NACIONAL PARA alcanzar los objetivos y metas consignados en las columnas (4) y (5) en función de las restricciones internas y externas *	
	Secciones 1, 2 y 3	Sección 4	OBJETIVOS Y METAS				
	Situación Actual	Política, objetivos y metas fijadas para 1970-1980	Estimación 1977	1980		1977	1980
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

(*) Ver: "Algunas Consideraciones sobre la Selección de Prioridades como Integrante del Proceso de Decisión".

ANEXO I

METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD DE LAS AMERICAS PARA EL PERIODO 1971-1980

La III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas:

TOMANDO EN CUENTA:

Que la Asamblea General proclamó la Segunda Década de las Naciones Unidas para el Desarrollo, iniciada el 1º de enero de 1971, y la adopción simultánea de una Estrategia Internacional para el Desarrollo;

Que los objetivos del Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este se alcanzaron en su mayor parte,y que la década de los 60, dejó con respecto a los problemas de la Región una valiosa experiencia sobre la forma de resolverlos, así como un mayor conocimiento de la dinámica de la salud y de la enfermedad;

Que se hicieron más evidentes las recíprocas relaciones que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar;

Que se ha generalizado la concepción ecológica de la salud como un proceso continuo de adaptación de los seres humanos a su ambiente y al cual deterioran o modifican favorablemente;

Que teniendo presente además las tendencias esperadas del desarrollo económico y social y de los procesos de planificación del Hemisferio;

CONSIDERANDO:

Que una visión de conjunto, a la luz de la experiencia acumulada, pone de relieve la necesidad de dedicar los mayores esfuerzos a la consolidación de los servicios existentes, y a su extensión para atender las necesidades de salud integral en las comunidades que no los reciben hoy, tanto en el medio rural como en el urbano;

Que en la programación para la década se debe tomar en cuenta que se estima el crecimiento de la población hasta 1980 en un 24% para el Hemisferio y en un 33% para la América Latina y la Región del Caribe;

Que algunos de los problemas de salud que contribuyen en mayor proporción a la morbilidad y mortalidad, pueden ser prevenidos o controlados con técnicas simples y económicas a traves de la organización y operación de sistemas de salud eficaces y que cuenten con recursos suficientes;

Que hay conciencia sobre la necesidad de formular planes y programas, no para problemas aislados, sino con base en una cuidadosa selección de prioridades, determinación precisa de objetivos, aplicación de normas y técnicas eficientes y el desarrollo de procesos de evaluación y de información, dentro de un sistema único de articulación programática y coordinación institucional;

Que los recursos humanos constituyen el elemento fundamental para la estructuración y operación de los sistemas de salud y que su formación y capacitación deben hacerse en estrecha relación con la realidad nacional en cuanto a la naturaleza de los problemas de salud mas importantes y a los métodos para resolverlos progresivamente;

Que procede una estrecha asociación entre los Ministerios de Salud y las Universidades en orden a establecer reformas de la enseñanza en ciencias de la salud, que la haga más adecuada a la realidad de los países del Continente;

Que en vista del desequilibrio entre las necesidades y los recursos humanos, materiales y financieros, es necesario obtener el mayor rendimiento posible de la capacidad instalada y, a la vez, investigar nuevas formas de prestación de servicios y de financiamiento sectorial;

Que con el fin de ofrecer una atención medica integral será inevitable aumentar las inversiones de fondos nacionales y del capital exterior;

Que debe incorporarse la planificación de la salud a la planificación del desarrollo económico y social desde las fases de preinversión, dando particular atención al desarrollo regional, ya sea nacional o internacional; y

Que, como en la década pasada, la consecución de las metas que se establezcan dependerá en cada país de sus propias características, potencialidades y experiencias y que, por lo tanto, el avance de la salud en el Continente estará conformado por un conjunto de realizaciones nacionales a tono con las propias políticas de desarrollo económico y social;

RESUELVE:

Recomendar a los Gobiernos las siguientes metas del Plan Decenal de Salud de las Américas para el período 1971-1980:

Considerar como requisito fundamental para alcanzar las metas que contiene, la definición, en cada país, de la política de salud, consistente con el desarrollo económico y social, en la que se especifiquen claramente los objetivos y los cambios estructurales necesarios para alcanzarlos.

I. PROGRAMA DE SERVICIOS

1. SERVICIOS A LAS PERSONAS

EXTENDER LA COBERTURA, CON SERVICIOS MINIMOS INTEGRALES, A TODOS LOS HABITANTES QUE RESIDEN EN COMUNIDADES ACCESIBLES DE MENOS DE 2,000 HABITANTES, Y PROVEER DE SERVICIOS BASICOS Y ESPECIALIZADOS A LA POBLACION RESTANTE, A TRAVES DE UN SISTEMA REGIONALIZADO DE SALUD, DANDO PRIORIDAD A LAS SIGUIENTES AREAS:

1.1 Enfermedades transmisibles:

- Mantener erradicada la viruela.
- Reducir la mortalidad por sarampión, tos ferina y tétanos respectivamente a 1.0, 1.0 y 0.5 por 100,000 habitantes.
- Reducir la morbilidad por difteria y poliomielitis a tasas de 1.0 y 0.1 por 100,000 habitantes respectivamente.
- Reducir como mínimo en 50 por ciento la mortalidad por tuberculosis.
- Reducir en un 50 por ciento las tasas de mortalidad por infecciones entéricas.
- Disminuir la incidencia de las enfermedades venéreas, sobre todo, blenorragia y sífilis, y erradicar el pian y el mal del Pinto.
- Disminuir la incidencia de la lepra, el tifus, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas y la fiebre amarilla selvática, y mantener bajo control la peste.
- Erradicar la malaria en áreas con buenas perspectivas de alcanzar esta meta, que corresponden a una población aproximada de 75 millones de habitantes, y mantener la erradicación donde ya se ha conseguido. Aplicar en las "áreas problemas" las nuevas técnicas derivadas de la investigación, y estimular intensamente esta última.
- Erradicar el Aedes Aegypti en los países y territorios aún infestados y evitar su penetración en aquellos donde ha sido eliminado.

1.2 Maternoinfantil y bienestar familiar:

Desarrollar los programas sectoriales y promover los programas intersectoriales necesarios para:

- Reducir en 40% la mortalidad en menores de un año, con rangos de 30 a 50%.

- Reducir en 60% la mortalidad de uno a cuatro años, con rangos de 50% a 70%.

- Reducir en 40% la mortalidad materna, con rangos de 30% a 50%.

- Ofrecer a las familias, siempre que no se oponga a la política de cada país, la oportunidad de obtener información y servicios adecuados sobre los problemas relacionados con la fertilidad y esterilidad.

1.3 Nutrición

- Disminuir en los menores de cinco años, en un promedio regional, la desnutrición proteico calórica de grado III en un 85%, y la de grado II en un 30%. En los países donde sea factible, se desglosarán estas metas para menores de un año, y niños de uno a cuatro años.

- Reducir en un 30% la prevalencia de anemias nutricionales en embarazadas, disminuyendo el bocio endémico a menos del 10%, eliminándose el cretinismo; y reducir la hipovitaminosis A en grupos vulnerables en un promedio regional del 30%.

1.4 Otras Areas

- Según la disponibilidad de recursos y de acuerdo a las políticas nacionales, se requiere que cada país establezca las prioridades y metas correspondientes a enfermedades crónicas, cáncer, salud mental, salud dental y rehabilitación.

- Prestar especial atención a los aspectos médico-sociales que está provocando la creciente difusión, en algunos países, del uso de alcohol y drogas que causan dependencia, así como el aumento de problemas de salud mental originados, entre otros factores, por la urbanización e industrialización.

2. PROGRAMAS DE SANEAMIENTO DEL MEDIO

2.1 Servicios de agua y de disposición de excretas:

- Proveer de agua con conexiones domiciliarias al 80% de la población urbana o, como mínimo, abastecer a la mitad de la población sin servicio.

- Proveer de agua al 50% de la población rural o, como mínimo, abastecer a un 30% de la población sin servicio.

- Instalar alcantarillado para el 70% de la población urbana o, como mínimo, reducir en un 30% la proporción de la población sin dicho servicio.

- Instalar sistemas de alcantarillado y otros medios sanitarios de eliminación de excretas al 50% de la población rural, o, como mínimo, reducir en un 30% el número de habitantes que no cuentan con ningún dispositivo adecuado.

2.2 Desechos sólidos:

- Establecer sistemas adecuados para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos sólidos en, por lo menos, el 70% de las ciudades de 20,000 o más habitantes.

2.3 Contaminación ambiental:

- Establecer políticas y ejecutar programas para controlar la contaminación del agua, el aire y el suelo, control del ruido, compatibles con el saneamiento ambiental básico y con el desarrollo industrial y la urbanización.

2.4 Desarrollos regionales:

- Asegurar la participación activa y sistemática del sector salud en la formulación y ejecución de los planes de desarrollo regional, nacionales y multinacionales.

2.5 Salud ocupacional:

- Lograr la protección del 70 por ciento de los trabajadores expuestos a riesgos ocupacionales estimados o reconocidos, en países que ya cuentan con programas en pleno funcionamiento, y del 50 por ciento en países que aún no los han desarrollado suficientemente.

2.6 Salud animal y salud pública veterinaria:

- Contribuir a controlar y a la eventual erradicación de la fiebre aftosa en la América del Sur y a prevenir la introducción de la enfermedad en los países del área libre.

- Contribuir a reducir la incidencia de las zoonosis más frecuentes, con particular atención a rabia, brucellosis, tuberculosis bovina, hidatidosis y encefalitis equina.

2.7 Política alimentaria y nutricional:

- Lograr en cada país la formulación y ejecución de una política alimentaria y nutricional, orientada biológicamente, que permita cumplir las metas aprobadas para nutrición, asegurando una disponibilidad y consumo de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de todos los grupos de población.

2.8 Control de alimentos:

- Reducir las enfermedades humanas y las pérdidas económicas ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos y subproductos, preservando además la calidad de los mismos.

2.9 Control de la calidad de los medicamentos:

- Realizar en todos los países programas para controlar la calidad de los medicamentos de producción nacional y de importación.

2.10 Control del uso de plaguicidas:

- Reducir la morbilidad y la mortalidad por el uso indebido de plaguicidas

2.11 Prevención de accidentes:

- Reducir la proporción de accidentes de tránsito, industriales, en el hogar y en lugares recreacionales y de turismo, y, como consecuencia, disminuir las defunciones y estados de invalidez.

3. DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

3.1 Enfermería:

- Organizar la enfermería, por lo menos en el 60% de los países, como un sistema en el que se defina el nivel de atención de enfermería y el personal requerido para alcanzar las metas de salud de cada país.

3.2 Laboratorios:

- Ampliar la cobertura y organizar como "sistemas" los laboratorios con funciones de diagnóstico, producción de biológicos de uso humano y animal, así como de bancos de sangre necesarios para apoyar los programas de salud.

3.3 Sistemas de vigilancia epidemiológica:

- Creación y mantenimiento de unidades de vigilancia epidemiológica de acuerdo con la organización nacional y la estructura de regionalización de cada país, a fin de tener un conocimiento permanente de las características epidemiológicas de los problemas de salud y los factores que los condicionan, para poder actuar oportunamente.

3.4 Educación para la salud:

- Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades en todas las acciones de prevención y curación de las enfermedades.

II. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

Para poder lograr el cumplimiento de las propuestas del plan es imprescindible:

1. Implantar y desarrollar en cada país un sistema de salud, adecuado a las características nacionales, en función de la política sectorial.

2. Establecer y ampliar en cada país el proceso de planificación de la salud incorporado al del desarrollo socioeconómico. Organizar sistemas de información, evaluación y control. Perfeccionar las estadísticas de salud.

3. Efectuar investigaciones para determinar los efectos de diversas alternativas de la política sectorial y definir métodos o técnicas que logren aumentar la productividad y eficacia de los servicios. Desarrollar estudios sistemáticos del gasto y del financiamiento.

4. Incrementar la capacidad operativa institucional y sectorial mediante:

4.1 Coordinacióno integración de las instituciones estatales, paraestatales y privadas, que forman en conjunto el sector salud.

4.2 Iniciación o fortalecimiento de los procesos de reforma administrativa, sectorial e institucional.

4.3 Formulación y ejecución de programas para servicios, infraestructura, asistencia externa y estudios de preinversión.

4.4 Promover la comunicación entre las infraestructuras de los distintos sectores a fin de lograr, mediante programas coordinados, la concentración intersectorial de los recursos en la población más expuesta al riesgo, evitable de enfermar y morir.

5. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS

5.1 Alcanzar un promedio regional de 8 médicos, 2 odontólogos y 2.2 auxiliares de odontología, 4.5 enfermeras y 14.5 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes, y mejorar su distribución geográfica e institucional.

5.2 Preparar en la década un mínimo de 18,000 médicos veterinarios y de 30,000 auxiliares en salud animal.

5.3 Preparar en la década un mínimo de 360,000 auxiliares de enfermería y graduar 125,000 enfermeras, particularmente de nivel intermedio.

5.4 Adiestrar 3,200 profesionales en la década, en programas de postgrado y a 30,000 profesionales y técnicos en cursos cortos de ingeniería sanitaria y otras ciencias del ambiente.

5.5 Preparar en la década 300 estadísticos a nivel profesional; 100 profesionales en registros médicos; 4,000 en registros médicos a nivel intermedio; 250 estadísticos de nivel intermedio y 40,000 auxiliares de estadística.

5.6 Capacitar en la década 3,000 planificadores y 3,000 administradores de nivel profesional; preparar 1,000 profesionales en sistemas de información para la salud.

5.7 Fortalecer el desarrollo del ejercicio de la medicina general en la medida que lo exijan la organización de los servicios y las metas propuestas en el presente plan. Promover las reformas necesarias a fin de proveer el máximo adiestramiento en este campo, de acuerdo con las prioridades de cada país.

5.8 Crear sistemas nacionales de documentación científica en ciencias de la salud, por lo menos en 11 países, ligados entre sí, y con la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

5.9 Proveer de libros de texto de alta calidad científica y pedagógica a estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas, para cubrir con el programa al 75 por ciento de los estudiantes en 1980.

6. RECURSOS FISICOS

6.1 Crear dentro de los sistemas de regionalización unidades de servicios mínimos integrales de salud, hasta alcanzar una cobertura de una unidad por cada 5,000 habitantes, en poblaciones menores de 2,000 habitantes; centros de salud con servicios mínimos y básicos integrales para poblaciones entre 2,000 y 20,000 personas; e instituciones con servicios básicos integrales y especializados a comunidades mayores de 20,000 habitantes.

6.2 Aumentar la capacidad instalada en 106,000 camas de hospital general, por medio de la remodelación y conversión de camas de larga estancia, cuando ello sea posible.

6.3 Incorporar progresivamente los servicios especializados de asistencia médica a los hospitales generales de acuerdo a niveles de atención y dentro de un esquema de regionalización.

6.4 Crear sistemas de mantenimiento de instalaciones y equipos.

7. RECURSOS FINANCIEROS

7.1 Desarrollar sistemas de financiamiento que alleguen nuevas fuentes de fondos al sector y aseguren la colaboración más amplia de la comunidad y la participación del Sector Salud en los proyectos claves del desarrollo nacional.

8. RECURSOS TECNOLOGICOS

8.1 Desarrollar y utilizar tecnologías de salud adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios.

8.2 Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.

9. ASPECTOS LEGALES

Someter a la consideración de los órganos competentes de cada país, la sistematización, reglamentación y adecuación de los dispositivos legales vigentes en relación con los procesos de perfeccionamiento de la administración.

III ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Establecer como meta general para la década un aumento en la esperanza de vida al nacer. Desarrollar los programas sectoriales y promover los programas intersectoriales necesarios para:

1. Aumentar la esperanza de vida al nacer en cinco años en aquellos países donde el nivel actual está bajo 65 años.

2. Aumentar la esperanza de vida al nacer en dos años en aquellos países donde el nivel actual se encuentra entre 65 y 69 años.

Con el propósito de contar con una estimación confiable sobre la esperanza de vida y el progreso que se vaya a alcanzar:

1. Mejorar el registro de nacimientos y defunciones, estableciendo medidas para asegurar su integralidad y contar con estimador de valores más realistas.

2. Desarrollar en cada país, donde el registro de nacimientos y defunciones no es adecuado, métodos alternantes de estimación de expectativa de vida.

IV ASPECTOS GENERALES

1. Se considerarán como parte integrante del presente Plan Decenal de Salud de las Américas las metas y estrategias que, aunque no incluídas específicamente en su texto, figuren entre las recomendaciones aprobadas por la III Reunión Especial de Ministros deSalud.

2. En función de los estudios que se desarrollen y de la realidad económico-social y política de los países, cada Gobierno evaluará sus posibilidades y determinará las prioridades nacionales para el cumplimiento de las metas de este Plan Decenal de Salud.

3. Solicitar a los gobiernos cuantifiquen individualmente las metas que en este documento no hayan podido objetivarse númericamente y las comuniquen a la OPS a los efectos de totalizar las metas americanas.

ANEXO II

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

ANEXO II

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

(Preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER	Aumento de 5 años en la esperanza de vida de los países cuyo nivel actual sea de menos de 65 años, y de 2 años en los que estén entre 65 y 69 años.	Esta es una meta global que refleja el nivel de mortalidad. Es fijada por cada país teniendo en cuenta la factibilidad y la eficacia esperada de los programas de reducción de la mortalidad, entre los que juegan un papel importante los dirigidos a los grupos de población más vulnerables y al ataque de las enfermedades reducibles con las técnicas de prevención y de protección.	1. Esperanza de vida al nacer en el momento inicial. 2. Meta fijada por el país. 3. Estrategia para lograrla. 4. Razones de divergencia con la meta regional, si las hubiera.	1. Número y proporción de países que fijaron sus metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980)	Debe tenerse presente la calidad de las estadísticas vitales y la consistencia de las estrategias con las de las áreas programáticas, y las del desarrollo global en su contribución a la reducción de la mortalidad. Se requieren criterios de evaluación y análisis del cumplimiento de las metas.
2. COBERTURA DE SERVICIOS		Las metas en este aspecto tienen la intención de comenzar en el decenio la instalación de mecanismos que hagan viable el logro de la cobertura máxima de la población por los sistemas de servicios de salud en todos los países de la Región.	Definición de servicios mínimos integrales, básicos y especializados y su correspondencia con los conceptos expresados en el Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros (pp. 11-14). Definición del criterio de accesibilidad adoptado por cada país.		El cumplimiento de las metas de cobertura de la población con sistemas de servicios tiene relaciones muy estrechas con ciertos requisitos previos que hagan a dichas metas viables y factibles. Tales por ejemplo: - Definición de una política para el desarrollo de los sistemas de servicios de salud. - Planificación y programación de las actividades. - Programación y desarrollo de planes de formación, capacitación y utilización de los recursos humanos. - Formulación e implementación de los planes de inversiones físicas. - Investigación y experimentación de tecnologías de salud. - Perfeccionamiento de la administración de los sistemas y de las bases legales que los sustentan. - Exploración e incorporación de nuevas fuentes de financiamiento interno y externo. - Aumento de la productividad de los servicios y de su eficiencia, mediante el ordenamiento sectorial, la regionalización funcional, la descentralización, la coordinación intersectorial-especialmente con las instituciones de seguridad social, etc. - Establecimiento de sistemas eficientes de información-decisión-control.
2.1. SERVICIOS MINIMOS	Extender la cobertura con servicios mínimos integrales a todos los habitantes que residen en comunidades accesibles de menos de 2.000 habitantes.	Esta es una meta que se espera que puedan fijarse todos los países y que pretende brindar por lo menos un mínimo de atención a la población rural no cubierta actualmente. La meta está acotada por el criterio de accesibilidad de dicha población. La meta implica cobertura de población de cada país y su agregación a nivel regional.	1. Población y número de localidades de menos de 2.000 habitantes. 2. Población accesible de estas localidades, según definición adoptada de accesibilidad. 3. Población accesible con servicios mínimos. 4. Meta adoptada para 1980. 5. Estrategias para tal fin.	1. Número y proporción de países que fijaron sus metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	
2.2. SERVICIOS BASICOS	Extender en localidades de 2.000 a 20.000 habitantes la cobertura con servicios mínimos integrales de salud, complementándola paulatinamente con la dotación de servicios básicos; y extender en localidades de 20.000 a 100.000 habitantes la cobertura de servicios básicos a toda la población aún no cubierta.	También se espera que esta meta pueda ser fijada por todos los países. Pretende brindar cobertura de algún tipo a toda la población en localidades de 2.000 a 100.000 habitantes. Se sugiere una unidad de servicios mínimos para cada 5.000 habitantes y una de servicios básicos para cada 10.000 a 15.000 habitantes. La meta implica cobertura de población de cada país y su agregación a nivel regional.	1. Localidades de 2.000 a 100.000 habitantes, según su tamaño. 2. Número de servicios mínimos y básicos en estas localidades. 3. Meta adoptada para 1980. 4. Estrategias adoptadas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

(Preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
2.3. SERVICIOS ESPECIALIZADOS	Extender en localidades de más de 100.000 habitantes la cobertura de servicios básicos a toda la población, y ampliar el campo de las actividades especializadas que exijan los nuevos problemas creados por la urbanización.	Con esta meta se pretende brindar cobertura de servicios básicos a toda la población en localidades de más de 100.000 habitantes y organizar los servicios especializados. Esta meta implica también la cobertura de población en cada país, y su agregación a nivel regional.	1. Localidades de más de 10.000 habitantes, según su tamaño. 2. Número de servicios básicos y especializados en estas localidades. 3. Meta adoptada para 1980. 4. Estrategias adoptadas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	- Otras medidas de desarrollo de la infraestructura y de las normas técnicas y administrativas de funcionamiento.
3. ÁREAS PROGRAMÁTICAS 3.1. SERVICIO A LAS PERSONAS 3.1.1. Enfermedades Transmisibles		Todas las metas relacionadas con las enfermedades transmisibles son promediales para la Región y podrían ser adoptadas tal como se expresan por cada uno de los países, siempre que el problema exista desde luego. Sin embargo, es de esperar que aquellos países que se encuentran en condiciones de sobrepasar las metas propuestas, se fijen para tal propósito cifras más ambiciosas.	1. Estado actual del problema: tasas de morbilidad y de mortalidad, problema erradicado, en fase de ataque, de mantenimiento, etc. 2. Programas que se están desarrollando en la actualidad. 3. Meta adoptada por el país para 1980. 4. Estrategias para el cumplimiento de esta meta. 5. Divergencias con la meta regional y razones de ellas.	1. Número y proporción de países que tienen el problema y que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Número y proporción de países que adoptaron la meta regional, niveles más altos o más bajos. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Con excepción de la meta de erradicación, que es por definición de carácter absoluto, todas las demás metas en enfermedades trasmisibles no son de carácter puntual y tendrían que ser tomadas solamente como indicadores de nivel. Por lo tanto, es necesario establecer criterios para la evaluación del cumplimiento de estas metas. Por ejemplo, si la meta fijada por el país era la reducción de la tasa de mortalidad por sarampión a 1.0 por 100.000 habitantes, ¿podría decirse que alcanzó la meta si en 1980 presentó una tasa de 1.1 por 100.000? ¿Cuál es la discrepancia permisibles y cómo debe incorporarse la ponderación de la trayectoria del indicador en el tiempo? Obsérvese también que hay metas que no tienen una indicación de magnitud, tales como "disminución de la incidencia" o "control". Es necesario, por ello, que se estudien y establezcan criterios para la evaluación. Se recomienda revisar los criterios contenidos en el Capítulo IV (pp.116-160) del Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros y las Recomendaciones del Informe final de ésta (pp.29-35).
3.1.1.1. Viruela	Mantenimiento de la erradicación.				
3.1.1.2. Sarampión	Reducción de la tasa de mortalidad a 1.0 por 100.000 habitantes.				
3.1.1.3. Tos Ferina	Reducción de la tasa de mortalidad a 1.0 por 100.000 habitantes.				
3.1.1.4. Tétanos	Reducción de la tasa de mortalidad a 0.5 por 100.000 habitantes.				
3.1.1.5. Difteria	Reducción de la incidencia a 1.0 por 100.000 habitantes.				
3.1.1.6. Poliomielitis	Reducción de la incidencia a 0.5 por 100.000 habitantes.				
3.1.1.7. Tuberculosis	Reducción de la tasa de mortalidad en un 50 %				
3.1.1.8. Infecciones Entéricas	Reducción de la tasa de mortalidad en un 50 %				
3.1.1.9. Enfermedades Entéricas	Disminución de la incidencia				

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.1.1 10. Pian y Mal de Pinto	Erradicación				
3.1.1 11. Lepra, tifus esquistosomiasis, oncocercosis, mal de Chagas y fiebre amarilla selvática	Disminución de la incidencia				
3.1.1 12. Peste	Control				
3.1.1 13. Malaria	Erradicar la malaria en áreas con buenas perspectivas para hacerlo; mantener la erradicación donde ya se ha conseguido estimular la investigación y aplicar las técnicas derivadas de ella en las "áreas problema".				
3.1.1 14. Aedes Aegypti	Erradicación en los países aún infestados y evitar la penetración donde ya fué eliminado.				
3.1.2 Materno-infantil y bienestar familiar	Desarrollar los programas sectoriales y promover los programas intersectoriales necesarios para:	Estas son metas para todos y cada uno de los países.	1. Tasas actuales de mortalidad infantil, de 1 a 4 años, y de mortalidad materna. 2. Programas en operación. 3. Metas adoptadas para 1980. 4. Razón de la discrepancia - si la hubiera - con las metas regionales. 5. Estrategias para alcanzar las metas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Debe tenerse presente el grado de compatibilidad entre las metas establecidas en este campo y las que se relacionan con la disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles o la de otras áreas programáticas, como las de atención médica. Ellas deben haber sido incorporadas en la estrategia. Véase el Documento Básico de Referencia, pp. 161-174 y las recomendaciones de la Reunión de Ministros, pp. 39-43.
	- Reducir en un 40 % la mortalidad en menores de 1 año, con rangos de 30 % a 50 %.				
	- Reducir la mortalidad en niños de 1 a 4 años en un 60 %, con rangos de 50 % a 70 %.				
	- Reducir la mortalidad materna en un 40 %, con rangos de 30 % a 50 %.				
	- Ofrecer a las familias, siempre que ello no se oponga a la política de cada país, la oportunidad de obtener información y servicios adecuados sobre los problemas relacionados con la fertilidad y esterilidad.	Esta meta se encuentra acotada por la condición de la existencia previa de una definición de política en los países que la adopten.	1. Política nacional acerca de planificación familiar. 2. Programas que se encuentran en operación. 3. Metas establecidas para 1980. 4. Estrategias adoptadas.	1. Número y proporción de países que han adoptado una política. 2. Número de países que fijaron metas. 3. Número de países que enunciaron sus estrategias.	

ANEXO II

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

(Preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.1.3. Nutrición		Estas metas son para todos y cada uno de los países. La meta de cada país puede no coincidir con los porcentajes de reducción mencionados para la Región.	1. Grado de desnutrición proteico-calórica y prevalencia de las anemias nutricionales en las embarazadas. 2. Programas que se están llevando a cabo en la actualidad. 3. Metas adoptadas para 1980. 4. Estrategia para alcanzarlas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Ver el Capítulo VIII, pp. 181-188 del Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros y las recomendaciones sobre áreas programáticas del Informe Final de la mencionada reunión, pp. 43-47, para sugerir criterios para el análisis y evaluación del cumplimiento de las metas en el campo de la nutrición.
3.1.3.1. Desnutrición proteico-calórica	Disminuir, en los menores de 5 años, en un promedio regional, la desnutrición proteico-calórica de III Grado en un 85 % y de II Grado en un 30 %.				
3.1.3.2. Anemias nutricionales de las embarazadas	Reducir la prevalencia de anemias nutricionales en embarazadas en un 30 %				
3.1.3.3. Bocio endémico	Reducir la prevalencia del bocio endémico a menos de un 10 %, eliminándose el cretinismo.	Esta es una meta para toda la Región que debe ser alcanzada por los países en los que exista el bocio como problema de salud.	1. Prevalencia del bocio endémico. 2. Programas en operación. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategia propuesta.	1. Número y proporción de países con bocio endémico que fijaron metas. 2. Número de ellos que expresaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	
3.1.3.4. Hipovitaminosis A	Reducir la hipovitaminosis A en grupos vulnerables, en un promedio regional de 30 %.	Esta meta se expresa como un promedio regional, susceptible de ser adoptada por cada uno de los países, previo estudio de su factibilidad.	1. Estado del problema. 2. Programas en operación. 3. Meta fijada. 4. Estrategia.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.1.4. Otras áreas					
3.1.4.1. Enfermedades crónicas, cáncer, salud mental, salud dental, rehabilitación	Establecimiento de prioridades y metas según disponibilidad de recursos y de acuerdo a las políticas nacionales.	Puede verse que estas metas son establecidas más como recomendaciones para todos los países que como metas de impacto sobre la población, en lo que se refiere a la morbilidad.	1. Estado actual de estos problemas. 2. Políticas que han sido establecidas. 3. Programas específicos que se realizan. 4. Metas propuestas para 1980. 5. Prioridades asignadas. 6. Estrategias para el cumplimiento de las metas.	1. Número y proporción de países que enunciaron las prioridades para el tratamiento de cada problema. 2. Número y proporción de países que establecieron metas. 3. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Ver los capítulos V, IX y X del Documento Básico de Referencia, de la Reunión de Ministros, y las recomendaciones del Informe Final de dicha Reunión, pp. 36-38 y [illegible].
3.1.4.2. Uso de alcohol y drogas; problemas de la urbanización e industrialización	Prestar atención a los aspectos médico-sociales que está provocando la creciente difusión, en algunos países, del uso de alcohol y drogas que causan dependencia, así como el aumento de problemas de salud mental originados, entre otros factores, por la urbanización e industrialización.				
3.2. SANEAMIENTO DEL MEDIO		Todas las metas acerca de servicios de agua y de eliminación de excretas son metas de cobertura de población - urbana o rural. Están orientadas a su adopción por todos y cada uno de los países, con lo cual la meta regional se hace consistente.			Ver Capítulo XI, pp. 199-208 del Documento Básico de Referencia, de la Reunión de Ministros.
3.2.1. Servicios de agua y de disposición de excretas					
3.2.1.1. A la población urbana	1. Proveer de agua con conexiones domiciliarias al 80 % de la población urbana y como un mínimo, abastecer a la mitad de la población sin servicio.		1. Población urbana con y sin servicio, con y sin conexiones domiciliarias 2. Programas en ejecución; planes de inversiones propuestos y aprobados. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategias.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	
	2. Instalar alcantarillado para servir al 70 % de la población urbana, o como mínimo, reducir en un 30 % la proporción de la población sin servicio.				
3.2.1.2. A la población rural	1. Proveer de agua al 50% de la población rural o, como mínimo, abastecer a un 30 % de la población sin servicio.		1. Población rural con y sin servicio. 2. Programas en ejecución. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategias.		
	2. Instalar sistemas de alcantarillado y otros medios sanitarios de eliminación de excretas para el 50 % de la población rural o, como mínimo, reducir en un 30 % el número de habitantes que no cuentan con un dispositivo adecuado.				

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

(Preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.2.2. Desechos sólidos	Establecer sistemas adecuados para la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos sólidos, por lo menos en el 70 % de las ciudades de 20.000 o más habitantes.	La meta es de cobertura de ciudades, y es una meta para la Región que puede ser adoptada por cada país.	1. Ciudades de 20.000 y más habitantes, con y sin sistemas adecuados. 2. Proyectos en ejecución, o aprobados para el futuro. 3. Meta fijada por el país. 4. Estrategia para el cumplimiento.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Deberá establecerse una serie de criterios técnicos para definir cuándo se cuenta con un sistema "adecuado". Ver pp. 209-214 del Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros.
3.2.3. Contaminación ambiental	Establecer políticas y ejecutar programas para el control de la contaminación del agua, el aire y el suelo y el control del ruido, compatibles con el saneamiento ambiental básico y con el desarrollo industrial y la urbanización.	La meta no tiene un sentido de cobertura de población y es más una recomendación para que cada país le dedique atención preferencial al problema.	1. Políticas y programas existentes. 2. Coordinación intersectorial. 3. Grado de participación del sector salud. 4. Metas fijadas. 5. Estrategias	1. Número y proporción de países que adoptaron políticas y propusieron programas.	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 215-224 y recomendaciones sobre áreas programáticas del Informe Final de dicha reunión, pp. 53-54.
3.2.4. Desarrollo regional	Asegurar la participación activa y sistemática del sector salud en la formulación y ejecución de los planes de desarrollo regional, nacional y multinacional.	Meta para cada país, que es más una recomendación y un reconocimiento de la necesidad de la participación del sector salud en los planes de desarrollo regional.	1. Planes de desarrollo regional en formulación o en ejecución. 2. Participación del sector salud en la formulación o ejecución. 3. Estrategia para participar en los planes.	1. Número y proporción de países con planes de desarrollo regional. 2. Número y proporción de países que formularon estrategias para la participación del sector salud en ellos.	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 254-261 y las recomendaciones del Informe Final de la Reunión de Ministros, pp. 56-57. Deberían establecerse criterios de evaluación de esta meta, que incorpore la valoración del "grado de participación" del sector salud.
3.2.5. Salud ocupacional	Lograr la protección del 70 % de los trabajadores expuestos a riesgos profesionales, estimados o reconocidos en países que ya cuentan con programas en funcionamiento, y del 50 % en países que aún no los han desarrollado lo suficiente.	Meta para cada país, diferencialmente dependiente del grado de desarrollo actual de sus programas de salud ocupacional.	1. Población trabajadora y riesgos a los que está expuesta. 2. Programas en ejecución y población o riesgos cubiertos con dichos programas. 3. Metas adoptadas para 1980. 4. Estrategia para alcanzarlas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Sería conveniente también para esta meta fijar algunos criterios de evaluación que deben incluir la caracterización del nivel actual del desarrollo de los programas, los niveles de "protección", etc. Ver Documento Básico de Referencia, pp. 234-237 y el Informe Final de la Reunión de Ministros, recomendaciones sobre áreas programáticas, pp. 55-56.

CLASIFICACION Y ANALISIS DE LAS METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS

(Preparado por el Centro Panamericano de Planificación para la Salud)

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.2.6. Salud animal y salud pública veterinaria	Contribuir a controlar y a la eventual erradicación de la fiebre aftosa en la América del Sur y a prevenir la introducción de la enfermedad en los países del área libre. Contribuir a reducir la incidencia de las zoonosis más frecuentes, con particular atención a rabia, brucelosis, tuberculosis bovina, hidatidosis y encefalitis equina.	Metas para cada uno de los países.	1. Estado actual de la fiebre aftosa y de las zoonosis. 2. Programas que se hallan actualmente en ejecución. 3. Metas propuestas (1980). 4. Estrategias para lograrlas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Estas metas también requieren del establecimiento de criterios que delimiten el grado de contribución de cada país al control de la aftosa o a la reducción de la incidencia de las zoonosis. Véase el Documento Básico de Referencia, pp. 262-274, y las recomendaciones sobre áreas programáticas, pp. 59-61 del Informe Final de la Reunión de Ministros.
3.2.7. Política alimentaria y nutricional	Lograr en cada país la formulación y ejeución de una política alimentaria y nutricional, orientada biológicamente, que permita cumplir las metas aprobadas para nutrición, asegurando una disponibilidad y consumo de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de todos los grupos de población.	Metas para cada país.	1. Política alimentaria en vigencia, y grado de satisfacción por ella de los requisitos que persigue la meta regional. 2. Grado de participación del sector salud en la formulación de esta política. 3. Estrategia para lograr la formulación.	1. Número y proporción de países que no cuentan con una política adecuada y que se proponen lograrla. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias.	Es necesario definir criterios acerca de cuándo una política de salud puede ser considerada formulada y cuándo esta política está en ejecución.
3.2.8. Control de la calidad de alimentos	Reducir las enfermedades humanas y las pérdidas económicas ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos y subproductos, preservando además la calidad de los mismos.	Meta para cada país.	1. Programas en actual operación. 2. Programas que se proponen. 3. Estrategias.	1. Número y proporción de países que se proponen desarrollar acciones. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias.	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 225-230.
3.2.9. Control de la calidad de los medicamentos	Realizar programas en todos los países para controlar la calidad de los medicamentos de producción nacional y de importación.	Meta para todos y cada uno de los países.	1. Programas que se desarrollan en la actualidad. 2. Metas fijadas para 1980. 3. Estrategias.	1. Número y proporción de países que fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias.	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 231-233 y recomendaciones de la Reunión de Ministros, Informe Final, pp. 64-66.
3.2.10. Control del uso de plaguicidas	Reducir la morbilidad y la mortalidad por el uso indebido de plaguicidas.	Meta para todos los países.	1. Estimación de la morbilidad y mortalidad causada por el uso de plaguicidas. 2. Meta fijada para 1980. 3. Estrategia.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 248-251, y Recomendaciones de la Reunión de Ministros, Informe Final, pp. 61-62.

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
3.2.11. Prevención de accidentes	Reducir la proporción de accidentes de tránsito y en la industria, así como los que ocurren en el hogar y en lugares de recreación y turismo, y, como consecuencia, disminuir las defunciones y estados de invalidez.	Meta para todos los países.	1. Estado actual del problema de los accidentes. 2. Programas de control que se realizan. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategias	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 238-241 y Recomendaciones de la Reunión de Ministros, Informe Final, pp. 66-67.
4. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS 4.1. ENFERMERIA	Organizar la enfermería en el 60 % de los países, por lo menos, como un sistema en el que se defina el nivel de atención de enfermería y el personal requerido para alcanzar las metas de salud del país.	La meta implica una cobertura de países.	1. Estado del sistema de enfermería al iniciarse el período. 2. Planes de desarrollo existentes en el campo de la enfermería. 3. Definición de los niveles de atención que se persigue. 4. Metas fijadas para el decenio. 5. Estrategias diseñadas.	Número y proporción de países que definieron sus niveles de atención de enfermería y que adoptaron un plan de desarrollo en este campo.	La evaluación de esta meta requiere que se establezcan los criterios que definen lo que se entiende por un "sistema" de enfermería. Examínese el Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros, pp. 283-289, y las recomendaciones sobre áreas programáticas del Plan Decenal de Salud para las Américas, pp.68-69.
4.2. LABORATORIOS	Ampliar la cobertura y organizar los laboratorios como sistemas con funciones de diagnóstico, producción de biológicos de uso humano y animal, así como los bancos de sangre necesarios para apoyar los programas de salud.	Esta es una meta para todos y cada uno de los países.	1. Estado del sistema en 1971: - Servicios mínimos y básicos de atención, con y sin laboratorio. - Regionalización y sistema de referencia. 2. Estado de los bancos de sangre. 3. Planes en actual ejecución. 4. Metas fijadas para 1980. 5. Estrategias para alcanzarlas.	Número y proporción de países que definieron un plan de desarrollo de sus sistemas de laboratorio.	La evaluación final del cumplimiento de esta meta requiere que se establezcan criterios y definiciones operacionales de lo que se entiende por un "sistema de laboratorios". Examínese el Documento Básico de la Reunión de Ministros, pp. 278-282, y las recomendaciones sobre áreas programáticas del Plan Decenal, pp. 69-71.

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
4.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Crear y mantener unidades de vigilancia epidemiológica, de acuerdo con la organización nacional y la estructura de regionalización de cada país, a fin de tener un conocimiento permanente de las características epidemiológicas de los problemas de salud y los factores que los condicionan, para poder actuar oportunamente.	Esta meta debe ser fijada por todos y cada uno de los países.	1. Estado actual del sistema de vigilancia epidemiológica. 2. Planes en actual ejecución para la organización y desarrollo de los sistemas. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategia para lograrlas.	Número y proporción de países que definieron un plan de desarrollo de sus sistemas de vigilancia epidemiológica.	La evaluación de esta meta requeriría también del establecimiento de criterios y definiciones operacionales para la organización y funcionamiento de las unidades de vigilancia epidemiológica. Ver Documento Básico de Referencia de la Reunión de Ministros, pp. 275-277.
4.4. EDUCACION PARA LA SALUD	Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades, en todas las acciones de prevención y curación de las enfermedades.	Esta meta también se propone para todos y cada uno de los países.	1. Estado actual del servicio de educación para la salud. 2. Planes en actual ejecución para la organización y desarrollo del servicio. 3. Metas fijadas para 1980. 4. Estrategia para lograrlas.	Número y proporción de países que definieron un plan de desarrollo de sus servicios de educación para la salud.	La consideración de esta meta requiere de criterios y definiciones operacionales de lo que constituye un "servicios de educación para la salud", con el propósito de establecer los mecanismos de evaluación de su cumplimiento. Ver Documento Básico de Referencia, pp. 290-293, y las Recomendaciones del Plan Decenal, pp. 72-73.
5. DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA 5.1. ORGANIZACION Y ADMINISTRACION SECTORIAL 5.1.1. Sistemas de salud	Implantar y desarrollar en cada país un sistema de salud adecuado a las características nacionales.	Meta de cada país que implica una decisión respecto de la estructura y funcionamiento del sistema más adecuado.	1. Estado actual del sistema de salud; composición institucional, cobertura, productividad, políticas por las que se rige, institución rectora. 2. Planes de organización y desarrollo. 3. Estrategia propuesta.	Número y proporción de países que se proponen organizar y desarrollar sus sistemas.	La evaluación del cumplimiento de esta meta requiere que se establezcan criterios de existencia del sistema y su concordancia con las especificaciones de la política que lo propone. Ver Documento Básico de Referencia, pp. 1-15 y Recomendaciones del Informe Final de la Reunión de Ministros, pp. 75-80.

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.1.2. Planificación	Establecer y ampliar en cada país el proceso de planificación de la salud incorporado al del desarrollo socioeconómico.	Metas para todos y cada uno de los países, conducentes a desarrollar y perfeccionar los procesos de planificación, los sistemas de información, evaluación y control, y de estadísticas de salud.	1. Estado del proceso de planificación de la salud. 2. Planes de expansión y perfeccionamiento del proceso y sus metas. 3. Estrategias propuestas.	Número y proporción de países que formularon estrategias para el desarrollo y perfeccionamiento de: 1. el proceso de planificación; 2. los sistemas de información, evaluación y control, y 3. los sistemas de estadísticas de salud.	La evaluación de esta meta requiere de criterios para la determinación del estado del proceso de planificación y de los sistemas de información, evaluación y control, así como del grado de eficiencia de éstos como instrumentos para la conducción de los sistemas de salud hacia el cumplimiento de la política establecida. Ver Documento Básico de Referencia, pp. 27-56, y Recomendaciones del Informe Final de la Reunión de Ministros, pp. 80-85.
5.1.3. Sistemas de información, evaluación y control	Organizar sistemas de información, evaluación y control.		1. Estado actual de los sistemas. 2. Planes de perfeccionamiento y metas propuestas. 3. Estrategias para lograrlas.		
5.1.4. Sistemas de estadística	Perfeccionar las estadísticas de salud.		1. Estado actual de los sistemas de estadísticas. 2. Metas de organización y desarrollo. 3. Estrategias propuestas.		
5.1.5. Investigaciones	- Efectuar investigaciones para determinar los efectos de diversas alternativas de la política sectorial. - Métodos y técnicas para lograr el aumento de la productividad y eficacia de los servicios. - Estudios sistemáticos del gasto y del financiamiento.	Metas para todos los países, conducentes a brindar bases de conocimiento para la formulación de políticas de salud adecuadas y para el desarrollo de la infraestructura que se requiere para su implementación.	1. Existencia de un programa de investigación, y qué aspectos se investigan. 2. Plan de promoción y realización de investigaciones que se propone. 3. Estrategia para llevarlo a cabo.	1. Número y proporción de países que formularon una política de investigación. 2. Número y proporción de países que formularon sus programas de investigación. 3. Número y proporción de países que elaboraron programas de investigación en cuanto a: - política sectorial; - tecnologías; - metodologías, y - financiamiento.	Se requeriría la fijación de criterios de prioridad para las áreas a ser investigadas. Ver Documento Básico de Referencia, pp. 61-67, y Recomendaciones del Informe Final de la Reunión de Ministros, pp. 85-86.

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.1.6. Capacidad operativa					
5.1.6.1. Coordinación sectorial	Coordinación o integración de las instituciones estatales, paraestatales y privadas, que forman en conjunto el sector salud.		1. Mecanismos de coordinación existentes y su eficiencia. 2. Planes para el decenio. 3. Estrategias.		
5.1.6.2. Reforma administrativa	Iniciación o fortalecimiento de los procesos de reforma administrativa, sectorial e institucional.		1. Características de los programas actuales de reforma administrativa. 2. Metas para el decenio. 3. Estrategia propuesta.		
5.1.6.3. Programación	Formulación y ejecución de programas para servicios, infraestructura, asistencia externa y estudios de preinversión.	Metas para todos los países, dirigidas al perfeccionamiento de los procesos de administración y conducción de los sistemas de salud.	1. Características de los programas actuales, en relación con las políticas y planes. Niveles. 2. Planes para el futuro acerca de los mecanismos de programación. 3. Estrategia propuesta.	Número y proporción de países que formularon sus metas y sus estrategias.	Establecimiento de criterios para evaluar el estado de desarrollo de la capacidad operativa, con indicadores acerca de la eficiencia de los mecanismos de coordinación, de la programación de los servicios y de las inversiones, de los sistemas administrativos, etc. (Ver las mismas referencias que en 5.1.2. Planificación).
5.1.6.4. Comunicación intersectorial	Promover la comunicación entre las infraestructuras de los distintos sectores, a fin de lograr, mediante programas coordinados, la concentración intersectorial de recursos en la población más expuesta al riesgo evitable de enfermar y morir.		1. Mecanismos actuales de comunicación y programas coordinados existentes. 2. Mecanismos propuestos para lograr tal comunicación. 3. Estrategia propuesta.		

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.2. DESARROLLO DE LOS RECURSOS 5.2.1. Recursos humanos. 5.2.1.1. Personal en 1980:	Alcanzar un promedio regional por 10.000 habitantes de:	Todas las metas en recursos humanos son metas promedio para la Región que deben servir como indicadores para el establecimiento de las metas de cada país. Téngase presente que en todos los casos, las metas de recursos humanos tienden a obtener un nivel de cobertura de la población.	1. Número actual y distribución geográfica e institucional (1971). 2. Meta establecida para 1980. 3. Divergencia con la meta regional y razones de ella. 4. Estrategias para alcanzar las metas.	1. Número y proporción de países que se fijaron metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	
- médicos	8.0				
- odontólogos	2.0				
- auxiliares de odontología	2.2				
- enfermeras	4.5				
- auxiliares de enfermería	14.5				
5.2.1.2. Distribución	Mejorar su distribución geográfica e institucional.				
5.2.1.3. Capacitación	Personal a ser capacitado en la década:		1. Número actual y déficit estimado. (1971). 2. Meta para 1980. 3. Divergencia con la meta regional y razones de ella. 4. Programas actuales de capacitación. 5. Programas de adiestramiento y capacitación propuestos. 6. Estrategias para implementar los programas.		
- médicos veterinarios	18.000				
- auxiliares de salud animal	30.000				
- enfermeras	125.000				
- auxiliares de enfermería	360.000				
- ingenieros sanitarios	3.200				
- otros profesionales de saneamiento	30.000				
- estadísticos profesionales	300				
- profesionales en registros médicos	100				
- auxiliares en registros médicos	4.000				
- estadísticos de nivel intermedio	250				
- auxiliares de estadística	40.000				
- planificadores	3.000				
- administradores profesionales	3.000				
- Profesionales en sistemas de información	1.000				

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.2.1.4. Ejercicio de la Medicina	Fortalecer el desarrollo del ejercicio de la medicina general, en la medida que lo exijan la organización de los servicios y las metas propuestas en el Plan Decenal.	Meta de cada país dirigida a obtener una mayor satisfacción en el ejercicio de la profesión médica en relación con las metas del *Plan Decenal*.	1. Relaciones de los niveles de decisión del sector con el cuerpo médico. 2. Mecanismos de información y participación en las decisiones. 3. Estrategias para el fomento y desarrollo de la práctica médica.	Número y proporción de países que adoptaron estrategias.	
5.2.1.5. Enseñanza de la Medicina	Promover las reformas necesarias, a fin de proveer el máximo adiestramiento en este campo, de acuerdo con las prioridades de cada país.	Meta de cada país, dirigida a elevar la calidad del recurso médico y su adecuación, a las necesidades de salud del país.	1. Prioridades establecidas. 2. Coordinación con las Facultades de Medicina. 3. Planes de reformas en la educación médica. 4. Estrategias para lograrlas.	Número y proporción de países que adoptaron estrategias.	
5.2.1.6. Documentación Científica	Crear sistemas nacionales de documentación científica en ciencias de la salud, por lo menos en 11 países, ligados entre sí y con la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).	*Meta regional*	1. Existencia de sistemas en la actualidad. 2. Perspectivas y planes de organización. 3. Meta propuesta. 4. Estrategia adoptada.	Número y proporción de países que decidieron crear sistemas de documentación.	
5.2.1.7. Libros de Texto	Proveer de libros de texto de alta calidad científica y pedagógica a estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas, para cubrir con el programa el 75 % de los estudiantes en 1980.	Meta regional	1. Número esperado de estudiantes. 2. Programa existente y perspectivas de desarrollo. 3. Meta propuesta. 4. Estrategia para lograrla.	Número y proporción de países que formularon un programa para el período 1971-1980.	

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.2.2. Recursos físicos 5.2.2.1.	Crear dentro de los sistemas de regionalización unidades de servicios mínimos integrales de salud, hasta alcanzar una cobertura de una unidad por cada 5.000 habitantes, en poblaciones de menos de 2.000 habitantes; centros de salud con servicios mínimos y básicos integrales para poblaciones de 2.000 a 20.000 personas; e instituciones con servicios básicos integrales y especializados a comunidades de más de 20.000 habitantes.	Meta regional de cobertura de población que puede ser adoptada por cada uno de los países. Se refiere a la construcción y habilitación de capacidad instalada.	1. Localidades según el tamaño de su población y número de unidades mínimas, básicas y especializadas, que funcionan en ellas. 2. Plan de inversiones: proyectos aprobados y en ejecución. 3. Meta fijada por el país y su concordancia con la meta regional. 4. Estrategias.	1. Número y proporción de países que fijaron sus metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta (1980).	Esta meta es la expresión en términos concretos de inversiones en la construcción de locales para brindar los servicios a que se refieren las metas de cobertura mencionadas en 2., "Cobertura de servicios".
5.2.2.2.	Aumentar la capacidad instalada en 106.000 camas de hospital general, por medio de la remodelación y conversión de camas de larga estancia, cuando ello sea posible.	Meta para toda la Región. Requiere desagregación para cada país.	1. Número de camas generales y de larga estancia. 2. Plan de inversiones. 3. Meta fijada por el país. 4. Estrategia.		Ver Documento Básico de Referencia, pp. 15-22.
5.2.2.3.	Incorporar progresivamente los servicios especializados de asistencia médica a los hospitales generales, de acuerdo a niveles de atención y dentro de un esquema de regionalización.		1. Política del país que rige en la materia y dinámica de su implementación. 2. Meta fijada por el país para 1980. 3. Estrategia.		
5.2.2.4.	Crear sistemas de mantenimiento de instalaciones y equipos.	Meta aplicable a cada país, de cobertura de establecimientos.	1. Estado de los sistemas. 2. Meta fijada para 1980. 3. Estrategia.		Ver Documento Básico de Referencia, pp. 23-26.

ASPECTO AL QUE SE REFIEREN LAS METAS	METAS DEL PLAN DECENAL	CARACTERISTICAS DE LAS METAS	EVALUACION INICIAL (1974)		CRITERIOS PARA EL ANALISIS DE LAS METAS Y PARA SU EVALUACION
			Información necesaria de cada país	Indicadores que se emplearían	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
5.2.3. Recursos financieros	Desarrollar sistemas de financiamiento que alleguen nuevas fuentes de fondos al sector y aseguren la colaboración más amplia de la comunidad y la participación del sector salud en los proyectos clave de desarrollo nacional.	Meta a ser adoptada en cada país para 1980.	1. Estado actual del financiamiento de la salud. 2. Política de financiamiento en vigencia. 3. Metas en relación con el monto, fuentes, origen y asignación de los fondos. 4. Estrategia.	1. Número y proporción de países que fijaron sus metas. 2. Número y proporción de países que enunciaron sus estrategias. 3. Concordancia con la meta regional. 4. Diferencia entre la situación inicial (1971) y la meta nacional propuesta. (1980)	
5.2.4. Recursos tecnológicos	Desarrollar y utilizar tecnologías adecuadas a las condiciones de cada país para aumentar la cobertura y productividad de los servicios.	Meta para cada país. Esencialmente se refiere a la necesidad de investigar y experimentar técnicas.	1. Programas de investigación en marcha. 2. Planes propuestos.	1. Número y proporción de países que formularon programas. 2. Número y proporción de países que formularon estrategias para su desarrollo.	
	Organizar programas multinacionales de investigación científica y tecnológica.	Meta regional	1. Programas en que está participando en la actualidad. 2. Temas en que el país estaría interesado.		
5.2.5. Aspectos legales	Someter a la consideración de los órganos competentes de cada país, la sistematización, reglamentación y adecuación de los dispositivos legales vigentes, en relación con los procesos de perfeccionamiento de la administración.	Metas para cada país	1. Situación actual de la legislación en salud. 2. Programas en ejecución al respecto. 3. Metas fijadas. 4. Estrategia.	1. Número y proporción de países que formularon programas. 2. Número y proporción de países que formularon estrategias para su desarrollo.	Ver Documento Básico de Referencia, pp. 57-60 y las Recomendaciones del Informe Final de la Reunión de Ministros, pp. 100-101.

ANEXO III

RESOLUCION XIII DE LA XXI REUNION DEL
CONSEJO DIRECTIVO, OPS

RESOLUCION XIII

INFORME SOBRE LA III REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD Y MEDIDAS NECESARIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS DECISIONES ADOPTADAS

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo escuchado la exposición del Director de la OSP sobre la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas que tuvo lugar en Santiago, Chile, del 2 al 9 de octubre de 1972; y

Considerando que las recomendaciones de esa Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas constituyen una valiosa guía para dirigir y orientar los programas de los países durante la próxima década,

RESUELVE:

1. Incorporar a la política de la Organización las recomendaciones de la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas celebrada en Santiago del 2 al 9 de octubre de 1972.

2. Pedir al Director de la OSP que estudie las repercusiones de las recomendaciones formuladas por la III Reunión de Ministros de Salud y las consiguientes modificaciones de los objetivos y prioridades del

programa de la Organización, y que informe sobre la cuestión en la XXII Reunión del Consejo Directivo.

3. Recomendar a los países que dentro de su proceso de planificación identifiquen sus problemas de salud prioritarios y fijen objetivos para cada uno de ellos compatibles con sus recursos humanos, físicos y financieros teniendo presente las metas regionales de salud.

4. Solicitar al Director de la OSP que a la brevedad posible convoque a un grupo de trabajo formado de responsables de planificación, información y de economistas en salud para que diseñen un sistema de evaluación que pueda adaptarse a las propias condiciones de los países y que tenga la flexibilidad suficiente para proporcionar resultados comparables que permitan a su vez hacer una evaluación continental de los logros alcanzados durante la década.

5. Recomendar a la OPS que, en consulta con los expertos de los países elabore normas generales para determinar el financiamiento actual de las inversiones en salud y los cambios necesarios para llevar a cabo los planes y programas previstos en el plan decenal de salud de las Américas 1971-1980.

6. Sugerir a las autoridades de salud de los países que inicien estudios de costos de sus servicios de salud y, cuando sea posible, estudios de costo-beneficio, particularmente de aquellas áreas con mayor volumen de inversión.

7. Recomendar a la OPS que prepare los diseños necesarios para permitir que los estudios de costo resulten comparables entre sí.

8. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que asesore a los países que lo soliciten en todos los aspectos relacionados con el financiamiento del sector salud tales como: análisis financiero del sector, análisis del gasto en salud, programación de inversiones, manejo y financiamiento de proyectos específicos y de los créditos externos con el fin de que los países en forma progresiva conozcan los recursos monetarios destinados a salud y su relación con los beneficios logrados.

(Aprobada en la sexta sesión plenaria, celebrada el 12 de octubre de 1972)

ANEXO IV

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SELECCION DE PRIORIDADES COMO INTEGRANTE DEL PROCESO DE DECISION

PROPOSITO

El propósito de este trabajo es el de presentar algunas reflexiones sobre la naturaleza del proceso de decisión en el sector salud, del cual el establecimiento de prioridades es parte fundamental. Deliberadamente no se propone analizar en profundidad los procedimientos y técnicas para el establecimiento de prioridades, sino sistematizar, en forma muy general, cuáles son los criterios implícitos que pueden considerarse sustantivos de esa etapa del proceso de decisión.

1. LA SELECCION DE PRIORIDADES COMO INTEGRANTE DEL PROCESO DE DECISION

La identificación y selección de los problemas que deben ser solucionados para conseguir un propósito global, constituye la esencia misma de la definición de una política, y por lo tanto, la etapa inicial de un proceso que desencadena la secuencia de decisiones necesarias para alcanzar el objetivo deseado. Esta secuencia comprende la toma de decisiones en cuanto a seleccionar las mejores soluciones para los problemas, la programación de las actividades e inversiones que estas soluciones implican y su implantación.

Las decisiones iniciales se fundamentan en un sistema de valores y pautas culturales, en una ideología, y en las necesidades de los sistemas político, técnico y operacional.

El estudio del proceso de toma de decisiones tiene antecedentes tan antiguos como la historia. Sin embargo, sólo recientemente, dos décadas atrás, el análisis del proceso de la administración y el desarrollo de instrumentos lógicos y matemáticos aplicados a éste, vuelve a vincular con rigor formal el proceso de decisión con la administración. Este desarrollo tuvo - y todavía tiene - más fuerza en el campo de la administración de empresas que en el de la administración pública. Asimismo, el énfasis del análisis y del desarrollo instrumental mencionado está todavía fuertemente centrado en el terreno de lo operacional, más que en el de la formulación de políticas y de las líneas directrices para realizarlas. En la última década comenzó a insinuarse una preocupación por analizar el proceso de decisión en el área de la administración pública. Gran parte de los esfuerzos conceptuales, metodológicos e instrumentales en ese campo constituyeron en el fondo una aplicación directa de las técnicas de estudio de la decisión en las empresas al caso particular de la administración pública. Este enfoque conlleva contradicciones no fácilmente superables debido a la distinta naturaleza de la administración pública y la de las empresas. En el caso de estas últimas, los procesos por analizar son relativamente simples, con objetivos y producto fácilmente identificables y cuantificables y con interrelaciones menos complejas y numerosas. La administración pública, en cambio, particularmente la de los sectores sociales, actúa en el contexto de un sistema complejo, mal definido, integrado por un enorme número de interrelaciones.

Los instrumentos de tipo cuantitativo y optimizantes demostraron ser insuficientes para analizar procesos destinados a obtener mayor bienestar, propósito difícil de reducir a

variables cuantificables y que presupone valores culturales expresados en ideologías.

La comprensión de esta realidad está conduciendo al desarrollo de instrumentos, adecuados para el tratamiento de este tipo de problema, que se basan esencialmente en la posibilidad de realizar análisis cualitativos. Los instrumentos del análisis cuantitativo deben ser utilizados, fundamentalmente, como apoyo al análisis cualitativo, en la toma de decisiones en el plano operacional y en algunos aspectos de la definición de líneas directrices.

2. ANALISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO

Se propone definir el sector salud como un "sistema integrado por un gran número de componentes complejos, interconectados en múltiples funciones. Sistema mal definido en que las relaciones de los distintos componentes no son susceptibles de una única representación, sino que estos se multiplican en función de los distintos puntos de vista y se difractan de acuerdo con los diferentes prismas filosóficos y políticos a través de los cuales se les observa. Y que el contexto en el cual se desenvuelve el sistema, que fija las condiciones de las relaciones, es variable y que sus interrelaciones con el sistema son poco conocidas" (+)

Si se acepta esta definición, es válido concluir que los enfoques cuantitativos por sí solos no pueden ser eficientes para representar la realidad del sistema ni para la toma de decisiones a nivel de la definición de política y de las líneas directrices necesarias para implantarla. Es, por lo tanto, necesario recurrir a un tipo de sistematización que permita mejorar el ordenamiento lógico de los elementos para la decisión.

El esquema Nº 1 (ver página siguiente) muestra el proceso de selección de prioridades sistematizado de acuerdo con este enfoque.

2.1. Situación deseada versus situación actual

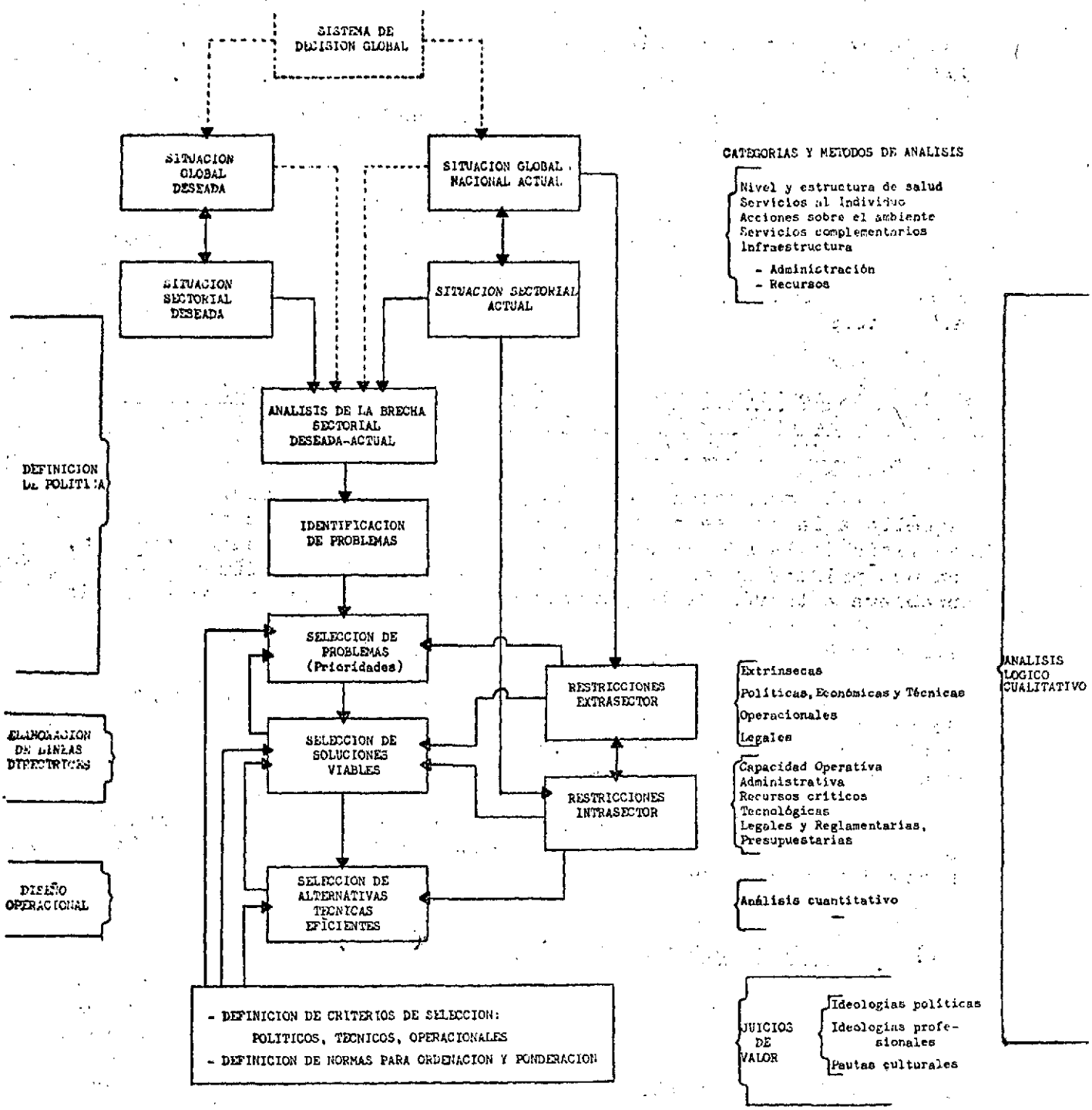
Un proceso o una decisión de cambio puede representarse por la distancia existente entre una situación actual que se

---

(+) Centro Latinoamericano de Administración de Atención Médica (CLAM). Programa de Desarrollo de Modelos de Experimentación Médica. Buenos Aires, Argentina, 1972.

Esquema Nº 1

LA SELECCION DE PRIORIDADES
EN EL PROCESO DE DECISION



considera insatisfactoria y una situacion a la cual se desea llegar. (+)

En el caso del sector salud, resulta obvio que tanto la una como la otra están condicionadas por el marco de referencia global nacional.

Si bien no siempre las imágenes de las situaciones deseadas, global y sectorial, están definidas formalmente, son siempre, necesariamente, utilizadas en forma implícita o explícita, para evaluar la necesidad de cambio de las situaciones existentes.

2.2. Identificación de Problemas a través del Análisis de la Brecha entre la Situación Deseada y la Situación Actual Sectoriales

La confrontación entre la situación sectorial actual y aquélla a la que se desea llegar, constituye la base para el análisis de la brecha existente entre ambas. Este debe permitir, en una primera aproximación, la identificación de situaciones problema a través de la estimación de la distancia y del análisis sistemático de los obstáculos que sería necesario superar para alcanzar la imagen deseada.

Dicho análisis debe ser realizado teniendo muy cuidadosamente en cuenta el marco de referencia nacional global que está determinando el aspecto sectorial o, por lo menos, condicionándolo dentro de ciertos límites.

Este análisis constituye el camino metódico que conduce a la identificación de las situaciones problema que necesariamente deban ser superadas para lograr el cambio deseado.

2.3. Selección de Problemas

La identificación de los problemas es condición necesaria pero no suficiente para el proceso de decisión, toda vez que el sector salud, como todos los demás sectores de la sociedad, enfrenta el clásico problema económico: necesidades múltiples versus recursos escasos de posible aplicación alternativa a las diversas necesidades. Este desequilibrio entre recursos relativamente plásticos y necesidades múltiples, obliga a la selección de los problemas en un orden de prelación, para su solución mediante la

---

(+) Se entiende por situación deseada el tipo de sociedad, definida según sus características interrelaciones económicas, sociales y culturales, a que un país se propone llegar, en un plazo dado, mediante un crecimiento y cambio estructural determinado.

asignación de combinaciones de recursos. Es decir: es necesario establecer prioridades entre problemas.

Durante mucho tiempo los esfuerzos de los investigadores y administradores del sector estuvieron dirigidos a obtener un elemento "resumen", con connotación "económica" y características de "racionalidad técnica", que les permitiera establecer prioridades.

La experiencia ganada y los adelantos logrados en el conocimiento de la naturaleza y de las interrelaciones de los fenómenos sociales, permiten afirmar que las prioridades del sector salud no se puedan determinar con eficacia en función de un solo indicador resumen. Los problemas de salud tienen, además de características económicas, una connotación social, puesto que su solución constituye un componente sustantivo del grado de bienestar que alcance la comunidad.

Los análisis producidos en los últimos tiempos parecen evidenciar con bastante claridad que en el proceso de decisión intervienen, con distinta intensidad según la etapa del proceso, tres tipos de racionalidades: la racionalidad política, la racionalidad técnica y la racionalidad operativa.

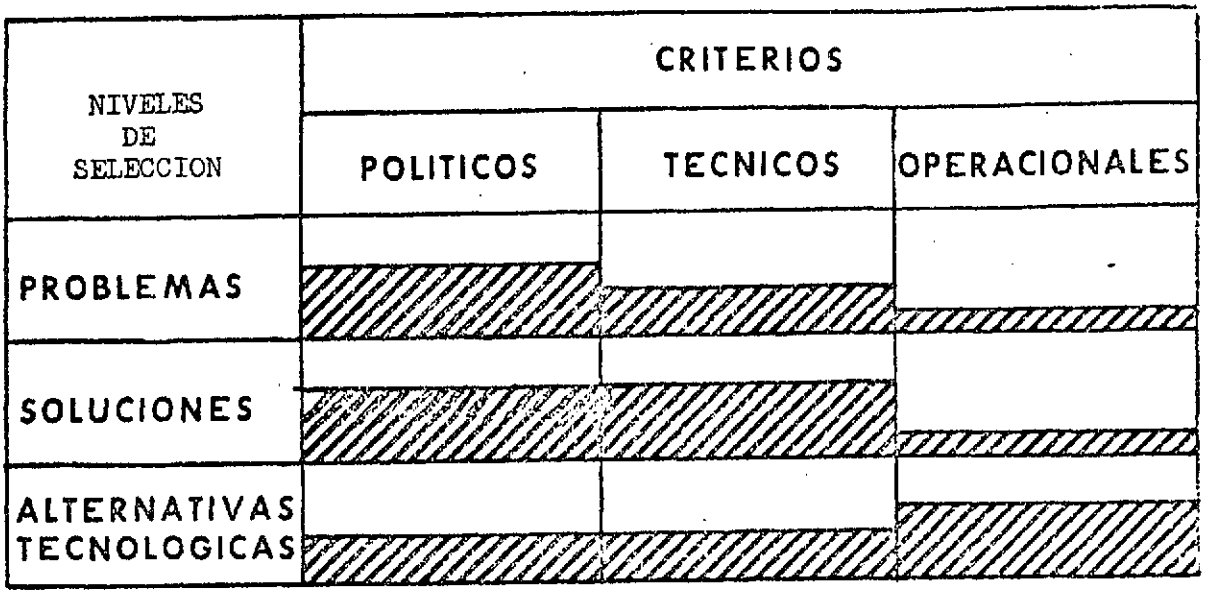
Si se acepta que el acto de establecer prioridades entre problemas constituye uno de los aspectos fundamentales en el proceso de definición de una política, es lógico concluir que la racionalidad política deberá primar en esta etapa sobre los otros tipos de racionalidad, las cuales deberán acotarla y perfeccionarla (ver esquema Nº 2, página siguiente). Esta afirmación supone la necesidad de definir criterios políticos, técnicos y operacionales que rijan la selección entre los problemas y permitan sistematizarlos de alguna manera, para facilitar el proceso de decisión.

Se propone considerar como "criterios políticos" al conjunto de variables que conciernen al nivel político del aparato administrativo responsable de decidir sobre las prioridades entre problemas y sus soluciones alternativas; como "criterios técnicos" a los constituídos por aquellas variables que conciernen al nivel técnico del aparato administrativo responsable de la programación de las decisiones, cuya preocupación principal es asegurar la eficacia máxima por medio de soluciones eficientes, y como "criterios operacionales" al conjunto de variables que conciernen a los responsables de la ejecución de las decisiones cuya preocupación principal es conseguir la máxima productividad de los recursos.

Con esta base podría construirse una subclasificación para cada uno de estos tipos de criterios que facilitaría la consideración ponderada de cada una de las variables en el proceso de decisión. Es obvio que esta clasificación de las variables

Esquema Nº 2

PESO RELATIVO DE LOS CRITERIOS DE SELECCION DE PRIORIDADES EN LOS DISTINTOS NIVELES DEL PROCESO



relevantes para la decisión, según el tipo de criterios que proponemos, debe ser peculiar para el sector salud de cada país y que, por lo tanto, cada sistema de decisión-planificación-ejecución debería confeccionar su propia clasificación en función de las peculiaridades nacionales y sectoriales. No obstante, parece posible y conveniente establecer, a manera de ilustración, ciertos conjuntos de variables agrupados según categorías amplias, lo suficientemente universales como para admitir su generalización, del tipo de las que se proponen en el esquema Nº 3 (ver página siguiente).

Es importante destacar que la definición y selección de estos criterios es, en esencia, un juicio de valor, no importa cuán sofisticada sea su formalización y manejo. Estos juicios de valor son resultados de las ideologías, tanto políticas como profesionales, de los que participan en el proceso de decisión y de las pautas culturales que condicionan la situación de cada país.

Esta proposición no siempre es admitida. Todavía se tiende a oponer la llamada "racionalidad" a la llamada "subjetividad" inherente a todo juicio de valor. Sin embargo, cuando calificamos una decisión como "racional" o "irracional", lo estamos haciendo desde el punto de vista de un sistema de valores dados. Es importante reconocer que el concepto de "decisión racional" o "irracional" es relativo y que está construído en función de valores e ideologías.

Ninguna de las actuales técnicas de análisis cuantitativo contiene la magia que resuelve los problemas de "valor" que son intrínsecos a las sociedades y, por lo tanto, al sector salud. Por ello resulta necesario reconocer y hacer explícita la presencia de estos "valores" que juegan en el establecimiento de las prioridades, para poder evaluarlos y conferir así el necesario realismo a las decisiones.

Un sistema de valores es el resultado de un proceso complejo de relaciones entre pautas culturales y los procesos de socialización profesional-político-social. No hace falta insistir en que en las decisiones de "alta política" los valores ideológico-políticos están vigorosamente presentes, pero aún cuando se sabe menos de lo que podría denominarse "ideologías profesionales", el análisis de la realidad demuestra que influyen fuertemente sobre el proceso de decisión.

Los problemas de salud pública, como los problemas de otros sectores sociales, deben ser analizados y evaluados en términos de valores y pautas sociales, toda vez que estos valores y pautas, observados o deseados, son el punto de partida de cualquier planificación social.

EJEMPLO DE GRANDES GRUPOS DE VARIABLES PARA LOS CRITERIOS DE SELECCION DE PRIORIDADES A DISTINTOS NIVELES DEL PROCESO

NIVELES DE SELECCION	C R I T E R I O S		
	POLITICOS	TECNICOS	OPERACIONALES
PROBLEMAS	- Impacto sobre grupos de presión - Impacto sobre las políticas - Impacto social	- Relevancia técnica - Posibilidad técnica de solución	Relevancia Administrativa
SOLUCIONES	- Impacto sobre grupos de presión - Consistencia con las políticas - Relación tiempos político y técnico	- Eficacia - Eficiencia - Costo-social	- Recursos Críticos - Eficiencia
ALTERNATIVAS TECNOLOGICAS	- Impacto sobre grupos de presión - Relación tiempos político y técnico	- Eficiencia - Costo-social	- Recursos Críticos - Requisitos Administrativos - Requisitos Legales y Reglamentarios - Eficiencia - Capacidad Operativa

Parece importante destacar la trascendencia del componente político en el proceso de decisión porque responde a una ideología o una concepción del conjunto social que puede ser más acertada que la fragmentada visión de la realidad que generalmente ofrecen los técnicos altamente especializados. Pero también es muy importante tener en cuenta que las posibilidades de que una decisión sea acertada, aumentan a medida que aumenta la disponibilidad de criterios para el análisis que conduce a esa decisión. De ahí la enorme importancia de la inclusión de los criterios técnicos y operacionales en el análisis de las situaciones-problema en el nivel político.

La definición de criterios políticos, técnicos y operacionales, cualesquiera sean las subclasificaciones que se adopten, son condición necesaria para la selección de problemas (prioridades), pero además es imprescindible confrontar estos criterios con el análisis cuidadoso de las restricciones extrasectoriales existentes, sobre las cuales se supone que el nivel de decisión sectorial no tiene dominio. Este tipo de análisis lógico puede ser suficiente, en una primera aproximación, para establecer un primer ordenamiento de problemas, que deberá ser revisado después del análisis de las soluciones posibles, para introducir las eventuales modificaciones aconsejadas por este último.

En resumen: el establecimiento de prioridades constituye una de las etapas fundamentales de la definición de la política. En esta etapa predominan los criterios políticos; los criterios técnicos y operacionales constituyen un apoyo secundario, aunque necesario. Su tratamiento está fuertemente influenciado por juicios de valor que deben hacerse explícitos y es esencialmente de carácter lógico y cualitativo.

2.4. Selección de Soluciones Viables

Toda vez que un problema pueda tener varias soluciones viables, en el proceso de decisión existirá la necesidad de seleccionar una de esas soluciones posibles.

Se propone entender como soluciones, las formas o caminos posibles para obtener un determinado resultado. Esta definición implica que existen varias opciones dentro de lo posible; el problema es decidir cuáles de estas opciones son viables y cuál de ellas es la más útil. Este juicio de viabilidad incorpora la categoría de lo deseable. "Se introduce así una dimensión de finalidad que no puede ignorarse. Utilidad por qué y para quiénes?" (+) Es evidente que estamos nuevamente frente a un juicio de valor que sustenta las decisiones en el nivel político. Además, "la

---

(+) L.A. de Souza, "Los insumos políticos de una estrategia para el desarrollo", ILPES, CEPAL, borrador, 1971.

viabilidad no es solamente un problema de corto plazo, debe ser analizada dentro de un cierto tiempo y en el contexto de una experiencia también específica. La viabilidad de una solución no está dada solamente entonces, por la posibilidad actual" (+) sino que debe ser vista en la perspectiva del cambio en el tiempo que requiere la imagen deseada de la sociedad futura nacional. De otra manera el proceso de decisión queda confinado dentro de los límites del statu-quo.

En la selección de soluciones viables, como en la de prioridades, también juegan las "racionalidades" políticas, técnicas y operacionales, pero aparecen con más peso los criterios técnicos de eficacia, eficiencia y costo social (ver esquemas Nº 2 y Nº 3, páginas 6 y 8 respectivamente) dando mayor ponderación a la racionalidad técnica. Aquí las consideraciones políticas y técnicas se nivelan en importancia y aparece la posibilidad de agregar al imprescindible análisis cualitativo la utilización de algún tipo de instrumentos propios del análisis cuantitativo, siempre y cuando se disponga de información suficiente en cuanto a eficacia, eficiencia y costo social.

La selección de soluciones viables constituye uno de los aspectos fundamentales para la definición de las líneas directrices que comandan la implantación de una política.

Igual que en el caso de la selección de problemas, la fijación de los criterios políticos, técnicos y operacionales para elegir las soluciones, debe ser complementada con el análisis de las restricciones extrasectoriales, sobre las cuales el sector no tiene dominio. Igualmente importante e imprescindible es el análisis de las restricciones internas del sector, restricciones que significan obstáculos que pueden y deben ser superados por las distintas soluciones que se ofrezcan al problema, debido a que sobre ellas el sector sí tiene dominio.

Es necesario recordar que el análisis de las soluciones viables puede conducir a la modificación del esquema de prioridades entre problemas, fijado en la primera aproximación.

2.5. Selección de Alternativas Tecnológicas

Así como es posible que existan varias soluciones eficaces para un problema dado, también es posible que existan diversas

---

(+) L.A. de Souza, "Los insumos políticos de una estrategia para el desarrollo", ILPES, CEPAL, borrador, 1971.

alternativas tecnológicas para una determinada solución, y por lo tanto, sea necesario decidir acerca de cuál es la alternativa tecnológica más eficiente para la solución elegida.

En el caso de la selección de las alternativas técnicas más eficientes, si bien los criterios políticos están presentes, los que tienen mayor relevancia son los criterios técnicos y más aún los operacionales (ver esquemas Nº 2 y Nº 3, páginas 6 y 8 respectivamente).

En general, la naturaleza de una alternativa técnica permite y requiere para su tratamiento del análisis cuantitativo, porque se trata, frecuentemente, de situaciones bien definidas, posibles de cuantificar y con una estructura de interrelaciones relativamente simple. En esta instancia del análisis para la toma de decisiones es de utilidad el arsenal instrumental de la llamada "investigación operacional", particularmente los análisis de costo-beneficio y sus derivados y los modelos matemáticos optimizantes.

En esta área, que corresponde a lo que podríamos llamar el terreno de lo operacional, es donde hoy en dia se centra la investigación y el diseño de instrumentos. La mayoria de este arsenal metodológico ha sido especialmente concebido y diseñado para el micro-campo operacional de la moderna administración de empresas.

Debido a la diferencia entre la naturaleza de ésta y la de la administración pública, la aplicación de estos instrumentos en la selección de alternativas técnicas para el sector salud será posible, siempre y cuando se los adapte convenientemente.

3. CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS METODOS UTILIZABLES EN EL PROCESO DE DECISION

Se proponen a consideración algunos comentarios sobre cierto tipo de métodos que permiten el tratamiento de variables cualitativas y que, a la luz de la experiencia recogida hasta el momento, parecen constituir enfoques metodológicos de gran utilidad. Su desarrollo, a través de su aplicación, ofrece excelentes perspectivas para el perfeccionamiento de los procesos de decisión y planificación. (+)

(+) No se cree necesario hacer mayores comentarios sobre los métodos cuantitativos, debido a que son suficientemente conocidos y que existe una abundante literatura sobre el particular.

Nos referiremos a dos métodos que consideramos de mayor relevancia potencial: los Modelos de Experimentación Numérica y el Método DELPHI y sus variaciones.

3.1. Los Modelos de Experimentación Numérica (+)

Si se acepta la caracterización del sistema de salud como un sistema abierto, mal definido y complejo, parece válido aplicar a éste las siguientes tesis: (++)

-"... La descripción de un sistema complejo requiere la utilización de un lenguaje adecuado. El lenguaje verbal es insuficiente ya que no permite discernir convenientemente la complejidad de las relaciones que unen a los componentes del sistema. Para ello es necesario formalizar una visión de conjunto, o modelo que permita dar cuenta del comportamiento de esos componentes y sus relaciones".

-"Este tipo de formalización - modelo - elegido, debe adaptarse, en cuanto sea posible, a las características que hemos descrito de los sistemas mal definidos".

-"Los modelos son instrumentos idóneos para el conocimiento de la realidad, su descripción y la experimentación de cambios posibles. Mediante su utilización, es posible introducir mayores elementos de racionalidad en el manejo o la operación de un sistema...".

-"Un mismo sistema tiene modelos diversos en relación a la cantidad de parámetros que pueden ser manejados endógenamente. Todos tienen en común un esquema básico donde figuran las relaciones indiscutibles entre las variables que definen el sistema".

-"Estos modelos, así confeccionados, no pretenden hacer predicciones cuantitativas precisas. Su uso es para ayudar a tomar decisiones cualitativas: elegir entre algunas alternativas de acción, cuyos efectos el modelo permite comparar".

(+) Desde 1968, el Centro Panamericano de Planificación para la Salud está desarrollando un programa de investigación sobre formulación de modelos de experimentación numérica para uso del Sector Salud.

(++) Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), Programa de Desarrollo de Modelos de Experimentación Numérica, Buenos Aires, 1972.

-"En un comienzo, es posible que la mayor utilidad de modelos de este tipo consiste en mostrar peligros inesperados. Esto se lograría de la siguiente manera: se comenzaría por hacer experimentos de políticas similares a las que se están ejecutando en la realidad. Los resultados obtenidos pueden considerarse como base de comparación. En un segundo paso, se diseñan nuevos experimentos con políticas innovadoras. Algunos de estos pueden dar resultados indeseables. Si se compara el experimento básico con el de resultados indeseables, se pueden obtener conclusiones acerca de las causas de los mismos y en consecuencia, tratar de concentrar esfuerzos (en la realidad) para que no se concreten esos resultados que se desea evitar.

-"Sin embargo, a pesar de que estos modelos no permiten la predicción, en el sentido tradicional de la determinación, con algún margen de error, de las cantidades de cada una de las variables de estado que forman parte del sistema, es posible hacer algún tipo de predicción. Por ejemplo, si varios experimentos de políticas dan resultados aproximadamente coincidentes, se podrán considerar que se tiene un modelo predictivo en lo cualitativo y aún en algunos aspectos de tipo semicuantitativo, como cuando se admite un cierto ordenamiento".

Estos modelos tienen el inconveniente de exigir gran experiencia y "arte" para su formalización y la utilización de computadoras grandes. No obstante, ofrecen la ventaja de facilitar la combinación del análisis cualitativo con el cuantitativo que, como se sostuvo anteriormente, son necesarios a lo largo del proceso de decisión.

Estos modelos requieren la participación de los distintos responsables del sistema sectorial, que componen los niveles de decisión, técnico y operacional, y por lo tanto determina una serie de subproductos fundamentales para el perfeccionamiento del conocimiento del fenómeno salud y de la administración sectorial. Una vez formulados, son sumamente eficientes para probar las posibles consecuencias de políticas y de estrategias y para determinar áreas claves en el funcionamiento del sistema.

La aplicación de estos modelos exige la definición previa del sistema de salud que se pretende analizar. La delimitación clara de sus componentes y estructuras es el estrato básico para aproximarse a la representación de las relaciones cualitativas y cuantitativas de los mismos. La utilización de este tipo de instrumentos permite identificar las áreas más importantes donde debe ajustarse el sistema para aumentar su eficacia y eficiencia.

3.2. El Método Delphi

Uno de los métodos cualitativos que ofrece enormes posibilidades de uso para establecer objetivos y predecir comportamientos en los cambios económicos, sociales y culturales, bajo diferentes niveles de incertidumbre y con diferentes grados de sofistificación, es el método Delphi. (+)

Su objetivo es permitir formular una opinión de grupo sobre materias para las cuales no existe una información precisa ni adecuada.

El método Delphi funciona de la siguiente manera: Se forma un grupo de expertos, que debe estar compuesto por personal que esté directa e indirectamente relacionado con el problema a tratar. Cada uno recibe un cuestionario que debe contestar en un tiempo determinado. El contenido de las respuestas se utiliza para modificar el cuestionario original y confeccionar un segundo cuestionario y una guía resumen, que son enviados a los expertos. Este sistema se repite gran número de veces y se mantiene anonimidad en cada uno de los eventos. De esta forma, cada participante recibirá retroalimentación de las ideas de los demás y se sentirá libre para aceptarlas o rechazarlas y en otros casos, modificar o ajustar sus opiniones anteriores.

Por consiguiente, se habrá evitado la rigidez de comportamiento que crean los paneles de expertos frente a la necesidad de crear opiniones de grupos.

De esta manera, no se habrá obtenido una respuesta basada fundamentalmente en una extrapolación del pasado. Se habrá logrado una serie de elementos innovativos que se generan en el intercambio de opiniones que se efectúa cada vez que se envía un nuevo formulario.

Para lo que a la toma de decisiones en la formulación de políticas y estrategias se refiere, este método ofrece las siguientes ventajas:

(+) Este método fue desarrollado en la "Rand Corporation", Santa Mónica, California, a comienzos de la década del 50 y utilizado ampliamente en estos últimos años.

- Permite la incorporación y tratamiento de variables claves cualitativas.

- Supera los vacíos de la información "formal" disponible.

- Obliga a la participación de gran número de elementos humanos de los distintos niveles de decisión, técnico y operacional, por lo cual, al utilizar la experiencia adquirida por estos, contribuye al realismo de la decisión y estimula la actividad positiva de los distintos participantes.

- Tiene gran flexibilidad en cuanto a requisitos en recursos y tiempo.

Se adapta, por lo tanto, con facilidad a las distintas capacidades operativas de los sistemas de salud nacionales y a los requerimientos políticos de los niveles de decisión, en cuanto a tiempo.

Sin embargo, exige gran imaginación y extrema prudencia por parte de los analistas que tienen a su cargo las conclusiones y es específico, igual que los Modelos de Experimentación Numérica; vale decir que una vez realizado el ejercicio para un problema dado en un espacio y en un tiempo determinado, sus resultados no son generalizables a otras situaciones similares.

3.3. Comentarios sobre los Métodos Expuestos

La limitación más importante en este tipo de instrumentos es el supuesto básico subyacente que la experiencia y opinión actual de los "expertos" es válida para la definición de un futuro de cambio y la evaluación de su posibilidad. Ello determina el riesgo de que los elementos de juicio ofrecidos al nivel de decisión estén sesgados hacia la consideración del no cambio. Con todo, siempre pueden constituir excelentes elementos de referencia para conocer la posible acción-reacción de la puesta en marcha de las proposiciones. No obstante el riesgo mencionado, y a pesar de la relativa poca experiencia que se tiene sobre su utilización en el sector, la naturaleza del sector salud y el análisis de las posibilidades de este tipo de instrumentos permiten suponer que la aplicación sistemática de los mismos podrá contribuir a perfeccionar progresivamente el proceso de decisión y de planificación sectorial en los países.

La eventual y escasa capacidad operativa y la urgencia de los plazos políticos y de los sectores salud de los países, podrán obligar a utilizar, en un comienzo, simplificaciones extremas, pero es de esperar que el ejercicio sistemático de este tipo de enfoques contribuya, a través de un proceso iterativo sostenido, a perfeccionar, no sólo el proceso de decisión y planificación, sino el conocimiento de las complejas interrelaciones sectoriales, tanto en cuanto al fenómeno salud, como al de la administración de los recursos asignados al sector. Es posible esperar, además, importantes subproductos en la definición de problemas sustantivos que merezcan ser investigados por otros métodos. El mero hecho de que la utilización de estos instrumentos obligue a hacer explícitas y permita tratar variables de comportamiento que influyen poderosamente sobre las posibilidades de cambio sectoriales y que los métodos cuantitativos no pueden tomar en consideración, sería razón suficiente para su uso sistemático.

Conviene, no obstante, destacar una vez más que no importa cuán alta sea la calidad de la información disponible, el grado de sensibilidad y complejidad de los instrumentos cualitativos y cuantitativos utilizados y la pericia de los especialistas en el manejo de estos, nada podrá sustituir el buen juicio en la toma de decisiones, ni a la genuina voluntad de desarrollar un proceso de cambio para llegar a una situación deseada, claramente definida.

BIBLIOGRAFIA

B. Abel-Smith: "Health Priorities in Developing Countries: The Economist's Contribution". International Journal of Health Services, Vol.2, Nº1, Greemmood Periodicals Co., 1972.

Closter Barnard: Organization and Management - Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1949.

M. L. Blum: "Prioriting Setting for Problems, Solutions, and Projects by Means of Selected Criteria". International Journal of Health Services, Vol. 2, Nº1, Greemmood Periodicals Co., 1972.

J. Bronoswski: The Common Sense of Science, Vintage Books, New York.

Centro Panamericano de Planificación de la Salud: "Métodos y Modelos", División de Investigación, 1970.

Ricardo Cibotti y Oscar J. Bardecci: "Un enfoque crítico de la Planificación en América Latina", ILPES, 1971.

Bertham M. Gross: The Managing of Organizations, New York Free Press, 1964. Organization and their Managing, New York Free Press, 1968.

José Medina Echeverría: Filosofía, Educación y Desarrollo, Textos del ILPES, 1965.
La Planeación en las Formas de Racionalidad Cuaderno ILPES, Serie II Nº13.

Naciones Unidas: Interregional Seminar on the Use of Modern Management Techniques in the Public Administration of Developing Countries, Wahsington, D.C., 27 de octubre - 6 de noviembre de 1970. Volumen II: Documentos Técnicos ST/TAO/M/52/ADD.1.

A. Rapoport: "Methodology in the Physical, Biological and Social Sciences, Global Systems Dinamics", Charlottsville, 1969 (Vorges, Basel, Müncher, New York, 1970).

A. Schutz: "The Problem of Rationality in the Social World", Economics Chicago, Vol. 10, 1943.

Huns-Jürjen Seraphin: "Política Económica General: Los Juicios Valorativos para la Política Económica", Apuntes Programa de Capacitación, ILPES, 1965.

Herbert Simon: The New Science of Management Decision, Harper, New York, 1960.

Oscar Varsavski: Modelos Matemáticos y Experimentación Numérica, Buenos Aires, Argentina, 1969.

Sir Geoffrey Vickers: The Art of Judgement, Basic Books, New York, 1965.